H. Schmidt-Rimpler

Augenheilkunde
und
Ophthalmoskopie

Siebente Auflage.

AUGENHEILKUNDE

UND

OPHTHALMOSKOPIE.

FÜR

AERZTE UND STUDIRENDE

BEARBEITET

VON

DR. HERMANN SCHMIDT-RIMPLER,

ordentl. Professor der Augenheilkunde,

Geh. Medicinalrath und Director der ophthalmiatrischen Klinik zu Halle a. S.

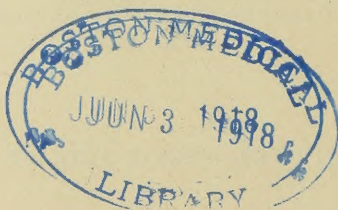
SIEBENTE VERBESSERTE AUFLAGE.

MIT 190 ABBILDUNGEN IN HOLZSCHNITT UND ZWEI FARBENDRUCKTAFELN.

LEIPZIG,

VERLAG VON S. HIRZEL.

1901.



Druck von August Pries in Leipzig.

Vorwort.

Das vorliegende Buch verfolgt in erster Linie didaktische Zwecke: es soll die moderne Augenheilkunde in einer Form bieten, welche die Aneignung ihres stofflichen Inhalts erleichtert. Dazu war vor Allem eine scharfe, auch äusserlich hervortretende Trennung der einzelnen Abtheilungen und Unterabtheilungen, sowie eine allmählich fortschreitende, möglichst wenig voraussetzende Darstellung erforderlich. So erklärt sich auch die Aufnahme der zum Verständniss nothwendigen optischen und anatomisch-physiologischen Thatsachen. Besonders wichtig erschien mir dies bei dem Kapitel der Refractions- und Accommodationsanomalien, dessen Beherrschung ohne diese Vorkenntnisse unmöglich ist. Da ich aus Erfahrung den weitverbreiteten — es lässt sich schwer feststellen, ob angeborenen oder anerzogenen — Widerwillen der Mediciner gegen Mathematik kenne, habe ich letztere auf eine so homöopathische Dosis beschränkt, dass selbst der rechnen- und formelscheueste Studirende sie ohne nachtheilige Wirkung vertragen kann. Das Behalten von $\frac{1}{f}=\frac{1}{a}+\frac{1}{b}$, was für die Praxis ungefähr ausreicht, dürfte weder zu körperlicher noch geistiger Ueberbürdung Anlass geben. Aber gerade die Kenntniss der Brechungsanomalien wird in der ärztlichen Wirksamkeit eine hervorragende Verwendung finden, wenn man endlich von der leidigen Gewohnheit abkommt, die Patienten zum Zweck der Brillenwahl einfach zum Optiker zu schicken: es ist das etwa ebenso, als wenn man dem Apotheker die Behandlung seiner Kranken anvertrauen wollte. Eine besondere Bedeutung haben die Refractionsuntersuchungen — neben den Seh- und Farbenblindheitsbestimmungen — noch für die Hygieniker und Militärärzte: ich habe deshalb auch auf deren specielle Bedürfnisse an betreffender Stelle Rücksicht genommen. — Weiter ist der Ophthalmoskopie eine eingehendere Schilderung gewidmet und das Dahin-

gehörige auch local zusammengestellt worden, um den Studirenden einen einigermaassen abgeschlossenen Leitfaden zur Benutzung bei ophthalmoskopischen Cursen innerhalb des Rahmens der Gesammtaugenheilkunde zu bieten. Hingegen ist die Operationslehre, soweit sie für den Gebrauch des Praktikers weniger in Betracht kommt, nur in ihren Hauptzügen dargestellt: das hier Gewonnene ist der sonstigen Therapie zu Gute gekommen.

Dass ich übrigens nicht nur „nach berühmten Mustern“ gearbeitet habe und neben der kritischen Sichtung des Ueberlieferten mancherlei Eigenes in Form und Inhalt bringe, wird der fachkundige Leser bald erkennen.

Marburg, im October 1884.

H. Schmidt-Rimpler.

Zur zweiten Auflage.

Die freundliche Beurtheilung seitens der Fachgenossen sowie der schnelle Absatz der ersten Auflage haben mir gezeigt, dass die auf das vorliegende Buch verwandte Arbeit nicht nutzlos gewesen ist. Ich habe mich auch jetzt bemüht, dasselbe durch Verbesserungen und durch Einfügung der neuesten Fortschritte (so der Anwendung des Cocaïns, exacterer Methodik der Lichtsinn-Messungen u. s. w.) auf der Höhe der Zeit zu halten. Eine erhebliche Erweiterung hat das alphabetische Register erfahren, indem die Allgemein-Erkrankungen, soweit sie in dem Werke Erwähnung gefunden, aufgeführt sind: auf diese Weise wird man eines besonderen Kapitels über die Beziehungen der Augenaffectionen zu Allgemeinleiden, das immerhin vielfältige Wiederholungen enthalten würde, am ehesten entrathen können.

Marburg, den 1. April 1886.

H. Schmidt-Rimpler.

Zur vierten Auflage.

Trotz der kurzen Zeit, welche zwischen dem Erscheinen der dritten und dieser Auflage verflossen ist, haben sich doch mancherlei Zusätze und Veränderungen in Folge neuerer wissenschaftlicher Arbeiten als nöthig erwiesen. Weiter sind an der Farbendrucktafel und an mehreren Holzschnitten Verbesserungen angebracht und einige Kapitel, wie beispielsweise die operative Technik und die Skiaskopie, etwas ausführlicher behandelt worden.

Somit glaube ich, gestützt auf die bisherige Verbreitung des Buches und die mehrfachen Uebersetzungen in fremde Sprachen, auch für diese neue Ausgabe eine wohlwollende Aufnahme erhoffen zu dürfen.

Marburg, den 19. März 1889.

H. Schmidt-Rimpler.

Zur fünften Auflage.

Durch das Entgegenkommen des Herrn Verlegers erscheint diese Auflage in grösserem Format und reicher ausgestattet. Die ophthalmoskopischen Bilder sind neu gezeichnet und in ihrer Zahl erheblich vermehrt: ich meine, dass sie jetzt den bestgelungenen farbigen Darstellungen dieser Art zugerechnet werden können. Der Text hat die letztjährigen Forschungen, soweit ihre Wiedergabe in den Plan dieses Lehrbuches passte, entsprechend berücksichtigt und ist besonders nach der pathologisch-anatomischen Seite hin erweitert worden.

Göttingen, Ostern 1891.

H. Schmidt-Rimpler.

Zur siebenten Auflage.

Die vorliegende Auflage ist den Fortschritten der ophthalmologischen Wissenschaft entsprechend umgearbeitet und erweitert worden; besonders waren es die Ergebnisse der bacteriologischen Untersuchungen, welche eine eingehendere Berücksichtigung erforderten. In einem neuhinzugefügten Anhang habe ich die Verletzungen und die durch sie bedingte Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit im Zusammenhange behandelt.

Halle a. S., Ende März 1901.

H. Schmidt-Rimpler.

Inhaltsverzeichniss.

Erster Theil.

Zweiter Theil.

Dritter Theil.

Vierter Theil.

Erster Theil.

Allgemeine Bemerkungen
über Untersuchung und Behandlung des Auges.
Anomalien der Refraction und Accommodation.
Amblyopie und Amaurose.

Erstes Kapitel.

Allgemeine Bemerkungen

über

Untersuchung und Behandlung des Auges.

A. Untersuchung des Auges.

Wie die Augenheilkunde dem Kranken die Sehkraft zu erhalten und zu heben sucht, so bringt sie auch dem, der sich mit ihr als Arzt beschäftigt, für das eigene Sehvermögen Gewinn: er lernt selbst genau und scharf sehen. Fast alle Affectionen des Auges diagnosticiren wir mittels des Gesichtssinnes; ein schwachsichtiger Augenarzt würde übel daran sein. Neben der ausreichenden Intensität und Uebung des Sehens, sowie der Kenntniss der Krankheitsbilder bedarf es aber auch einer zweckmässigen Methode der Untersuchung. Wie man in den Kliniken für innere Medicin ein hervorragendes Gewicht auf die Aufnahme des Status praesens legt und in bestimmter Reihenfolge den ganzen Körper einer Inspection unterzieht, um auf diese Weise jedes Uebersehen und Unbeachtetlassen zu vermeiden, so muss auch bei der Untersuchung der Augen eine methodische Reihenfolge inne gehalten werden. Hier wie dort wird der Erfahrene sich gelegentlich Abweichungen und einzelne Unterlassungen erlauben können.

Man beginne mit der Frage nach den Beschwerden, welche den Kranken zum Arzte führen. Gerade bei Augenkrankheiten kann man leicht in Versuchung kommen, diesen Punkt hintenanzusetzen, da bisweilen ein einziger Blick uns über das Leiden unterrichtet; jedenfalls würde hier ein „Ich weiss schon" öfter berechtigt sein als bei anderen Kranken. Dessenungeachtet höre man möglichst genau auf die Klagen, zumal man ja gleichzeitig das kranke Organ einer äusseren Besichtigung unterziehen kann. Bisweilen betreffen die Beschwerden ganz andere Dinge, als man auf den ersten Blick meint; ein Patient mit chronischer Lidentzündung kommt vielleicht gar nicht dieses Leidens wegen, an das er sich gewöhnt hat, sondern um sich eine Brille bestimmen zu lassen. Uebermässiger Weitläufigkeit ist natürlich Einhalt zu thun.

Am besten kann man das Auge untersuchen, wenn der Patient sein Gesicht dem Fenster zuwendet. Zuerst beachte man die Beschaffenheit der Lidhaut, ob Röthe, Ekzem oder Oedem vorhanden ist. Weiter wird man sehen, ob die Lider leicht und frei gehoben werden können, oder ob das Auge von ihnen ganz oder theilweise bedeckt bleibt. Etwaiges Thränen oder das Abfliessen von wässrigem, schleimigem oder eitrigem Secret, welches in den Lidwinkeln oder an den Cilien haftet, wird die Aufmerksamkeit auf sich lenken. Durch leichtes Abziehen der Lider unterrichtet man sich über das Aussehen des Lidrandes, ob derselbe scharfkantig und blass oder etwa abgestumpft und geröthet, ob die Wimpern in entsprechender Zahl vorhanden sind und wie sie stehen. Nicht selten reiben einzelne Haare gegen den Augapfel, oder auch der ganze Lidrand ist gegen ihn gekehrt (Entropium). In anderen Fällen ist die Lidkante vom Bulbus abgewendet und mehr oder weniger nach aussen gerichtet, so dass selbst noch von der die innere Fläche des Lides überziehenden Schleimhaut Partien sichtbar sind (Ektropium).

Besondere Aufmerksamkeit ist auf den Thränenpunkt, speciell den unteren zu verwenden, der öfter absteht und nicht in den Thränensee taucht. Auch kann man gleichzeitig durch Druck mit dem Zeigefinger auf die dem inneren Lidwinkel angrenzende Haut auf eine etwa vorhandene Ausdehnung und Hypersecretion des Thränensackes fahnden. Bei stärkerer Absonderung der Thränensackschleimhaut und Verschluss des Thränennasenkanals entleert sich hierbei aus den Thränenpunkten Flüssigkeit. —

Alsdann gehe man zur Untersuchung des Augapfels selbst über. Bisweilen kann das Auge wegen der Schwellung der Lider nicht geöffnet werden, bisweilen auch wird es ohne solche Schwellung krampfhaft geschlossen gehalten, eine Erscheinung, die bei Kindern nicht selten ist. Man sei hier vorsichtig mit dem Auseinanderziehen der Lider, besonders wenn man den Zustand des Auges noch nicht kennt, da bei Gewaltanwendung gelegentlich ein etwa bestehendes, ausgedehntes und tiefgreifendes Hornhautgeschwür platzen und selbst die Linse herausspringen kann. Am wenigsten gefährlich ist in solchen Fällen das Einlegen eines Desmarres'schen Elevateurs (Figur 1) unter das obere Lid. Während man das Lid etwas hebt und abzieht, lässt man die gekrümmte Messing- resp. Schildpattfläche zwischen Lid und Bulbus gleiten und zieht damit das Lid ganz in die Höhe. Um ein Herausgleiten des Elevateurs zu verhüten, muss man die concave Fläche stark gegen den oberen Orbitalrand drücken. Bei widerwilligen Kindern fixirt man den Kopf in nachstehender Weise. Man setzt sich, indem man die Füsse auf eine Fussbank stellt, dem Wärter, der das Kind auf seinem Schoosse liegend

hält, gegenüber und nimmt nun den Kopf des Kindes zwischen die Kniee, während der Wärter die Hände hält und die Füsse mit seinem Arm an sich drückt. Auf diese Weise ist ohne besondere Anstrengung die nöthige Untersuchung ermöglicht, während man bei kleinen Kindern, die auf dem Arm getragen werden, sonst kaum zum Ziele kommt.

Man betrachte nun die Carunkel und die Conjunctiva bulbi auf ihre Injection oder Schwellung hin. Von besonderer diagnostischer Bedeutung bezüglich schwerer entzündlicher Vorgänge ist hier das Vorhandensein eines die Hornhaut umgebenden schmalen rothen Gefässsaumes, der aus ziemlich parallel verlaufenden kleinen Gefässreiserchen besteht (sogenannte **pericorneale oder subconjunctivale Injection**). Sieht man diese, so handelt es sich nie um eine einfache Entzündung der Conjunctiva. Wenn demnach die Schleimhaut keine schweren Veränderungen (etwa Trachom oder Blennorrhoe) erkennen lässt, so ist ganz besondere Aufmerksamkeit auf die Cornea und Iris zu richten.



1
Desmarres'-scher Elevateur.

Bei der Spiegelung der Cornea können leicht kleine Fremdkörper, Flecke, Trübungen und Geschwüre unbemerkt bleiben, und man muss hier sein „Sehen“ etwas anstrengen. Wie oft werden nicht kleine Stückchen Eisen oder Kohlenpartikelchen auf der Hornhaut übersehen! Bei sehr feinen Veränderungen (hier wie in der vorderen Kammer, auf der Iris, in der Linse) wird man sich der sogenannten seitlichen Beleuchtung bedienen müssen, indem man mit einem Convexglase das Licht auf die zu untersuchenden Stellen concentrirt; das Nähere über diese wichtige Untersuchungsmethode ist in dem Kapitel Ophthalmoskopie zu finden.

Ueber die Krümmung der Cornea giebt das von ihr, die wie ein Convexspiegel wirkt, entworfene Bild von gegenüber befindlichen Gegenständen gute Auskunft. Wenn der Kranke mit dem Gesicht dem Fenster zugewendet ist, erkennt man deutlich das verkleinerte Fensterbildchen und kann aus einer etwaigen Unregelmässigkeit oder Verzogenheit desselben auf Krümmungsanomalien der Hornhaut schliessen. Ein schärferes Bildchen erhält man durch Benutzung des Keratoskops (Placido) (Figur 2). Dasselbe besteht der Hauptsache nach aus einer weissen Papp- oder Metallscheibe, auf der schwarze Ringe — wie bei den Schiessscheiben — concentrisch gezeichnet sind. Diese Scheibe hält man dem Auge des mit dem Rücken dem Fenster zugekehrten Kranken in einiger Entfernung und möglichst parallel der Irisfläche gegenüber und sieht nun durch das im Centrum derselben angebrachte Loch auf der Cornea die gespiegelten Kreise, wobei etwaige Verzerrungen, durch unregelmässige Reflexion der Hornhaut hervorgebracht, leicht zu erkennen sind.

Nach der Cornea beachtet man die vordere Kammer, ihre Tiefe, d. h. die Entfernung zwischen Iris-Linse einerseits und Cornea andererseits, ob der Humor aqueus durchsichtig, ob getrübt, ob Blut (Hyphaema) oder Eiter (Hypopyon) in ihm nachweisbar ist. Bei der Iris berücksichtigen wir die Farbe, besonders im Vergleich mit dem gesunden Auge, ihre Lage, den Glanz und die Structur des Gewebes. Weiter, ob die Pupille bei Lichteinfall sich gut contrahirt, ob sie regelmässig rund oder eckig (etwa durch Verwachsungen mit der Linsenkapsel: hintere Synechien) ist; ob eine abnorme Weite (Mydriasis) oder abnorme Enge (Miosis) besteht. Eine weite Pupille bei starker Entzündung des Auges kommt fast nur beim grünen Star (Glaukom) vor; natürlich muss man vorher ausgeschlossen haben, dass nicht etwa durch arzneiliche Mittel (z. B. Atropin) die Erweiterung veranlasst wurde. Das Pupillargebiet ist in der Norm schwarz; bei Auflagerungen auf der Linsenkapsel, bei Trübungen in der Linse selbst (Cataracta) zeigt sich in ihm eine graue, weisse oder gelblich-bräunliche Färbung, die Pupille theils ganz, theils an umschriebenen Stellen deckend. Um die Lage der Linse sowie etwaige peripher sitzende Trübungen genau zu erkennen, bedarf es oft der künstlichen Pupillenerweiterung.


Keratoskop.

In dieser Reihenfolge würde sich die äussere objective Untersuchung des Auges bis jetzt abgespielt haben. Wenn man die einzelnen Theile in ihrer Zusammengehörigkeit hintereinander betrachten wollte, so hätte der Untersuchung der Conjunctiva bulbi die der Conj. palpebralis — also des die Lider auskleidenden Theils der Schleimhaut — und die der Uebergangsfalte der Conj. palpebralis in die Conj. bulbi seu sclerae folgen müssen. Man thut aber gut, dies bis nach Abschluss der eben erwähnten Besichtigung zu lassen, da die Patienten durch die mit der Untersuchung der Conj. palpebralis verknüpfte Unbequemlichkeit und Schmerzhaftigkeit leicht ängstlich und kopfscheu werden, auch die Augen sich röthen und thränen; — davon ganz abgesehen, dass man bei grossen tiefdringenden Geschwüren der Cornea, bei Irisvorfall und ähnlichen Erkrankungen nur mit grösster Sorgfalt und Schonung die Lider umkehren wird, um jeden Druck auf den Augapfel zu vermeiden. Schlimmsten Falls muss man hier sogar vorläufig von der Betrachtung der Lidschleimhaut, besonders der des oberen Lides, dessen Umkehrung am schwierigsten ist, abstehen.

Das untere Lid lässt sich in der Regel sehr leicht ektropioniren. Man heisst den Patienten das Auge nach oben wenden, legt Zeige- und Mittelfinger an die Lidhaut, dicht unter dem Lidrande, und zieht sie

nach unten, bis sich die Schleimhaut nach aussen wendet und so bis zum Bulbus hin zu übersehen ist. Beim Ektropioniren des oberen Lides lässt man den Kranken zuerst scharf nach unten blicken, was für das Gelingen des Manövers von grösster Wichtigkeit ist. Dann hebt man mit dem dicht unter dem Orbitalrand auf die Lidhaut gesetzten Daumen der linken Hand, nach oben ziehend, das Lid und damit die Lidkante vom Augapfel etwas ab, sodass man diese zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand nehmen kann. Nunmehr zieht man das an der Lidkante — nicht an den Wimpern — gefasste Lid etwas nach unten und dreht es, indem man jetzt mit dem Zeigefinger der linken Hand oder einem Federhalter die Lidhaut dicht unter dem Orbitalrande etwas nach hinten drückt, auf diesem Hypomochlion um, wobei die Lidkante gegen den oberen Orbitalrand geführt wird. Es wird so der Palpebraltheil der Schleimhaut sichtbar. Um aber den Uebergangstheil zum Bulbus zu sehen, bedarf es öfter noch einer etwas fortgesetzten Hebung und Rückwärtswendung der Lidkante, indem immer von neuem der Patient angehalten wird, seine Augen scharf nach unten zu richten. Auch nützt hier ein gleichzeitiges leichtes Abziehen des unteren Lides. Widerstrebende Patienten, die mit dem Kopf beständig zurückgehen, müssen so gesetzt werden, dass entweder der Kopf gehalten werden kann oder sich hinten an Stuhl oder Wand anlehnt. Mit einiger Uebung wird man in der Regel zum Ziele kommen; aber diese Uebung muss man sich in der That erwerben, um einmal dem Patienten nicht wehe zu thun, der aus einem ungeschickten Vorgehen sofort Misstrauen gegen den Arzt schöpft, und andererseits diese Untersuchung nicht etwa im Bewusstsein eigener Impotenz zu unterlassen. An der ektropionirten Schleimhaut ist auf Injection, etwaige Unebenheiten, Einlagerungen oder Fremdkörper zu achten.

Nach dieser äusseren Besichtigung betaste man den Augapfel, um seine Spannung festzustellen. Da die Umhüllungshäute des Auges als elastische Membranen einen flüssigen Inhalt umschliessen, wird, wie bei einer mit Wasser gefüllten Gummiblase, die Spannung eine verschiedene sein, je nach dem Verhältniss zwischen Inhalt und Weite der Hülle. Wenn der Inhalt zunimmt, wird die Hülle stärker gespannt werden; das Auge wird beim Betasten härter sein. Dasselbe wird eintreten, wenn bei gleichbleibendem Inhalt die Weite der Kapsel sich verringert. Ist hingegen die Umhüllung im Verhältniss zum Inhalt weit oder ist letzterer relativ gering, so fühlt sich das Auge weich an. Wir werden demnach durch diese Untersuchung einen Anhalt gewinnen zur Abschätzung des Druckes, der im Innern des Auges herrscht und von innen her auf den Wandungen lastet. Man spricht daher ebenso wie von der Spannung des Auges (Tension) auch von der Höhe des intra-

ocularen Druckes. Je härter das Auge, je höher ist Spannung und intraocularer Druck. Eine abnorme Härte ist als Hypertonie, eine abnorme Weichheit als Hypotonie (Nagel) bezeichnet worden. Man prüft die Spannung so, dass man das Auge schliessen lässt und dann, die Zeigefinger auf das obere Lid innen und aussen aufsetzend, mit den Fingerspitzen sanft und abwechselnd drückt. Auch kann man den Bulbus direct mit der auf die Sclera gelegten Fingerspitze betasten. Weiter hat man besondere Instrumente (Tonometer) zu diesem Zweck angegeben (cf. Glaukom).

Bei der äusseren Besichtigung achte man ferner darauf, ob etwa eine ungewöhnliche Prominenz des Bulbus besteht (Exophthalmus) oder ein tiefes Zurücksinken (Enophthalmus).

Ehe man zur inneren Untersuchung mittels des Augenspiegels oder schiefer Beleuchtung schreitet, thut man meist gut, die Brechung des Auges (Refraction) und die Sehschärfe festzustellen, für jedes Auge allein. Beide Bestimmungen werden in der Regel vereinigt, indem man als Objecte für die mittels Brillengläser vorzunehmende Refractionsbestimmung Tafeln wählt, welche Buchstaben oder Zahlen enthalten, bei denen, wie z. B. bei den Snellen'schen und Schweigger'schen, gleichzeitig die Entfernung angegeben ist, in der ein normales Auge sie erkennen muss. Es ergiebt sich hieraus dann sofort, in welchem Verhältniss die Sehschärfe (S. oder V[isus]) des Patienten zu der normalen steht.

Um das Accommodationsvermögen kennen zu lernen, bestimmt man alsdann den Nahepunkt des Auges (Punctum proximum).

Da es aber nicht genügt, nur die centrale Sehschärfe zu eruiren, sondern es nötig ist, sich auch über das Sehvermögen der peripher gelegenen Netzhautpartien zu unterrichten, so bedarf es der Feststellung des Gesichtsfeldes, d. h. des excentrisch gelegenen Gebietes, in dem bei festgehaltener centraler Fixation eines Punktes noch gesehen werden kann. Natürlich ist in diesem peripheren Gebiete nicht dieselbe Schärfe des Unterscheidungsvermögens vorhanden wie in dem centralen. Am einfachsten lässt sich die Untersuchung so anstellen, dass man dem Kranken angiebt, das ihm gerade gegenüber befindliche Auge des Arztes und zwar die Pupille desselben zu fixiren. Wenn die Entfernung zwischen fixirtem und fixirendem Auge etwa 30 cm beträgt, so bewegt nunmehr der Arzt in einer, senkrecht auf der Mitte der 30 cm langen Verbindungslinie beider Augen gelegenen Ebene seine Hand von der Peripherie her zur Mitte hin. Sobald der Kranke angiebt, die Hand zu sehen, hat man die Grenze seines peripheren Gesichtsfeldes erreicht. Ob dieselbe der normalen entspricht, controlirt man mit dem eigenen Auge, da bei der erwähnten Versuchsanordnung der Arzt — natürlich

bei Verschluss des anderen Auges — in demselben Moment wie der Kranke (bei gleicher normalen Ausdehnung des Gesichtsfeldes) die herankommende Hand sehen muss. Erkennt der Kranke die Hand erst später, so hat er eine Gesichtsfeldeinengung (Gesichtsfelddefect), die je nach der Lage, als nach oben, unten u. s. w. befindlich bezeichnet wird. Man beachte, dass der Patient bei diesen Prüfungen nicht direct das Auge auf die sich nähernde Hand wendet, sondern stets die centrale Fixation auf das Auge des Arztes beibehält.

Neben eigentlichen Defecten des peripheren Gesichtsfeldes oder innerhalb des Gesichtsfeldes selbst (Scotome) finden sich auch pathologische Herabsetzungen des Sehvermögens: der Kranke sieht etwa noch die Hand, kann aber einen kleinen Gegenstand nicht mehr erkennen. Zu genauen Bestimmungen des Gesichtsfeldes und excentrischen Sehens bedienen wir uns besonderer Instrumente (Perimeter) (cf. Amblyopie und Amaurose).

An diese Prüfungen schliessen sich die des Farbensinns und des Lichtsinns an. Bezüglich des letzteren sei hier nur erwähnt, dass Krankheiten des Auges vorkommen, bei denen durch Herabsetzung der Beleuchtung die bei Jedem naturgemäss sinkende Sehschärfe in abnormem und ungewöhnlich hohem Grade verringert wird.

Nachdem in dieser Weise jedes Auge einzeln untersucht worden, wird das Zusammenwirken beider Augen in Bezug auf genaue Einstellung auf den fixirten Gegenstand, auf Beweglichkeit und binoculares Sehen bestimmt (cf. Erkrankungen der Augenmuskeln). —

Bei erheblichen Entzündungserscheinungen darf man, um das Auge durch die Anstrengung nicht zu schädigen, die eben erwähnten Untersuchungen nicht zu sehr ausdehnen und muss sich eventuell auch mit etwas weniger genauen Resultaten begnügen, ja einzelne Prüfungen, wenn sie zur Beurtheilung des Falles nicht direct nöthig sind, ganz unterlassen. Ist die Exactheit der Untersuchung nur mit einer Schädigung des Kranken zu erreichen, so wird dem gewissenhaften Arzt, dem der leidende Mitmensch in dem „Krankenmaterial" nicht ganz verschwindet, die Wahl nicht schwer fallen. Dieselben Erwägungen sind leitend, wenn wir zur ophthalmoskopischen Untersuchung schreiten. Während ein flüchtiger Einblick selbst bei stark entzündeten Augen kaum Schaden bringt, so ist eine längere Abblendung hier durchaus zu vermeiden.

Bei der Untersuchung mit dem Augenspiegel (Ophthalmoskop) werfe man zuerst einfach das Licht in das Auge und lasse dabei Bewegungen des Auges machen: bald nach aussen, nach oben, nach innen und unten blicken. Hierbei wird man bei Trübungen in der Cornea, der Linse oder dem Glaskörper dunklere Schatten auf dem roth reflectirenden Augenhintergrunde auftreten sehen. Zur genauen Bestimmung

der Lage derselben bedürfen wir oft der seitlichen Beleuchtung, bei der wir etwaige Trübungen der brechenden Medien bis in die Linse und die ihr nächstliegenden Glaskörperpartien hinein direct erkennen. Alsdann untersuche man mit dem Ophthalmoskop unter Vorhalten einer Convexlinse den Augenhintergrund im umgekehrten Bilde (cf. Ophthalmoskopie): zuerst den Sehnerveneintritt (Papilla optica), dann Macula lutea und die übrigen Partien. Da die Vergrösserung im umgekehrten Bilde, wie es durch die vorgehaltene Convexlinse vom Augenhintergrunde entworfen wird, geringer ist als die im aufrechten Bilde, bei der man den Augenhintergrund einfach durch die wie eine Lupe wirkenden Augenmedien betrachtet, so thut man gut, der schnelleren Uebersicht wegen erstere Untersuchungsmethode der anderen voranzuschicken. Schliesslich wird auch noch mit dem Augenspiegel die Refraction objectiv zu bestimmen sein.

Bei dieser methodischen Untersuchung des Auges und seiner Functionen kann man nicht leicht in Gefahr kommen, Wichtiges zu übersehen. Ist das Krankhafte und die Krankheit erkannt, so wird zu erforschen sein, ob und wie weit eine Verbindung des Augenleidens mit besonderen Schädlichkeiten oder mit Anomalien der Gesammtconstitution nachweisbar ist. Hier wird die allgemein-ärztliche Bildung zur Geltung kommen: ohne diese Grundlage kann in vielen Fällen von einer glücklichen und angemessenen Behandlung auch des Augenleidens nicht die Rede sein. Hoffentlich schwindet trotz des überwuchernden Specialistenthums einmal die Zeit, wo das Publikum noch fragen kann, ob der „Augenarzt“ auch „Arzt“ sei! Häufig genug giebt sogar die Augenaffection direct Anlass zur Erkennung oder richtigen Auffassung anderweitiger Erkrankungen. Ich erinnere nur an den Zusammenhang von Neuralgien mit Refractionsanomalien, an die Bedeutung der Sehnerven- und Augenmuskelerkrankungen für Hirn- und Nervenleiden und an die nicht seltenen Fälle, wo die Kranken wegen Abnahme der Sehschärfe zum Arzt kommen und die Untersuchung eine Entzündung der Netzhaut als Folge eines Nierenleidens, oder Accommodationsschwäche, Schwachsichtigkeit und Star in Folge von Zuckerruhr ergiebt. Tuberkel der Chorioidea oder Blutungen in der Netzhaut können gelegentlich bei der Diagnose der Miliartuberkulose oder von septicämischen Processen ausschlaggebend sein.

Wie einerseits jeder Augenarzt ausreichende Kenntnisse der übrigen Zweige der Medicin besitzen muss, so kann andererseits der praktische Arzt nur bei einer gewissen Uebung im Erkennen der Augenkrankheiten eine auf der Höhe der Wissenschaft stehende Diagnose auch über Erkrankungen innerer Organe stellen.

B. Behandlung der Augenleiden.

Die Augenkrankheiten erfordern, abgesehen von dem Verhalten, das für jeden Kranken geboten ist, noch einige besondere Vorschriften. Vor allem ist jede Anstrengung der Augen zu vermeiden; bei intensiveren Entzündungsprocessen des eigentlichen Augapfels muss auf genaueres Sehen, wie es etwa zum Lesen oder Schreiben erforderlich, überhaupt verzichtet werden. Hier ist in der Regel schon der blosse Lichteinfall schädlich und lässt man deshalb die Patienten in Räumen sich aufhalten, die durch Vorhänge der Fenster mittels schwarzer oder blauer Baumwollenstoffe verdunkelt sind. Eine absolute Finsterniss ist nur ausnahmsweise erforderlich. Gut wird es sein, wenn das Zimmer nicht dem directen Sonnenlicht ausgesetzt ist. Auch bezüglich des Lichteinfalls durch die Thür sind Vorsichtsmassregeln erforderlich. Immer aber sorge man, dass durch das Abhalten des Lichts nicht auch ein Absperren von Luft erfolgt. Die Luft muss möglichst rein sein; Aufenthalt in staubigen oder mit Tabaksdampf erfüllten Räumen ist bei allen entzündlichen Augenkrankheiten zu vermeiden. In schwereren Entzündungsfällen ebenso wie nach Operationen hält man die Kranken ganz oder den grössten Theil des Tages über im Bett.

Ist die Verdunkelung des Zimmers nur mässig, oder will man den Kranken bei leichteren Entzündungsformen ausgehen lassen, so schützt man das erkrankte Auge noch besonders durch Vorhängen einer Klappe von Leinewand oder schwarzer Seide, die an einem um Stirn und Kopf gehenden schmalen Bande befestigt ist. Kann ein gewisser Gebrauch des Auges gestattet werden, so muss wenigstens ein blendender und übermässiger Lichteinfall durch das Tragen von Augenschirmen, Schleiern oder besser von Schutzbrillen, welche gleichzeitig Wind und Staub abhalten, verhindert werden.

Zu letzteren nimmt man plangeschliffene runde oder muschelförmig gekrümmte ovale Gläser von blauer oder grauer Färbung. Die gekrümmten Gläser schliessen sich der Augenhöhle besser an, wirken aber etwas zerstreuend auf die Lichtstrahlen wie schwache Concavgläser und eignen sich daher besonders für kurzsichtige Patienten. Die Nüance der Farbe sei nicht zu dunkel; in der Regel genügt Nr. III bei der meist üblichen Bezeichnung von I bis VIII, wo I ganz schwach blau oder schwach grau ist. Die blauen Gläser vermindern nicht nur die Lichtintensität, sondern schliessen auch die rothen Lichtstrahlen zum Theil aus und scheinen hierdurch sogar bei einzelnen Affectionen direct als Therapeuticum zu wirken (Böhm). Dass übrigens auch die grauen Rauch- oder Smoke-Gläser nicht gleichmässig die verschiedenfarbigen

Strahlen schwächen, erkennt man leicht, wenn man durch mehrere derselben oder durch sehr dunkle sieht. Die Gegenstände erhalten bald einen leicht-gelblichen, bald bläulich-violetten oder anderen Farbenton. Bei manchen Augenleiden ist es von Wichtigkeit, auch die seitlich durch die Sclera eintretenden Strahlen abzuhalten; man kann sich hier nussschalenförmiger Brillen (z. B. der von mir angegebenen Peripherie-Schutzbrillen) bedienen. Die Entwöhnung von diesen Schutzgläsern muss nach Heilung der Krankheit möglichst bald, aber allmählich erfolgen, in der Weise, dass sie zuerst im Zimmer oder im Dämmerlicht abgelassen, aber Abends bei Lampenlicht und auf der Strasse noch getragen werden.

Zum vollständigen Verschluss des kranken oder operirten Auges bedient man sich eines Druckverbandes oder eines einfachen Schutzverbandes. Ersterer wirkt zugleich immobilisirend auf das Auge und beeinflusst bei stärkerer Druckwirkung die Circulation desselben: nach mehrtägiger Anwendung kann man in der Regel eine deutliche Tensionsabnahme constatiren. Beim Druckverband legt man zuerst auf das geschlossene Auge ein ovales Stückchen Mull oder Leinwand, das die Lider vollständig deckt. Darüber kommen kleine Wattebäuschchen zur Ausfüllung des zwischen Stirnrand, Nasenrücken und Wange über dem Auge befindlichen Hohlraums. Durch öfteres Auflegen der flachen Hand überzeugt man sich von der gleichmässigen, auf keiner Stelle hervorragenden oder drückenden Ausfüllung. Tritt der Augapfel stark hervor, so wird besonders die ihn umschliessende rinnenförmige Höhlung ausgepolstert, um jeden directen Druck von ihm abzuhalten. Statt des einfachen Mulls — das verwandte Material muss sterilisirt sein — kann man auch ein Stückchen Borlints, die glatte Fläche dem Auge zugekehrt, oder eine in Sublimatlösung (1:5000) oder Aqua chlori getauchte Mullcompresse verwenden. Bei alten, decrepiden Leuten meide man feuchte Verbände, da sie die Haut etwas reizen und bei längerem Liegen selbst Gangrän hervorrufen können.

Ueber diesen Verband legt man mittels einer 6—7 m langen und circa 6 cm breiten Binde von gutem Mull oder von appretirter Gaze (— letztere lässt angefeuchtet die Touren zusammenkleben und ist daher bei unruhigen Kindern besonders nützlich —) einen Monoculus an, indem man von dem gleichseitigen Unterkieferwinkel beginnend schräg über das Auge zur entgegengesetzten Stirnseite geht, dann eine ganze Cirkeltour, dicht über den Ohren, um Hinterkopf und Stirn macht und nun die Binde weiter führend, vom Hinterkopf unter das Ohr der kranken Seite herabgeht und so, auf den ersten Bindengang stossend, oberhalb desselben den zweiten, steiler gelegten über das Auge führt. Dieser Gang läuft im übrigen wie der erste; ihm folgt ein dritter, der nach oben liegt. Man thut gut, eine Reihe ähnlicher Touren, die schräg gehen und das gleichseitige Ohr bedecken, hinzuzufügen. Nach grösseren Operationen kann man auch durch ein paar Bindengänge das mit Watte bedeckte gesunde Auge schliessen, um es gegen Licht zu schützen und Bewegungen zu verhindern. Anfang und Ende werden mit Stecknadeln befestigt; ebenso verschiedene Stellen der Cirkeltouren, besonders die hinteren, welche Neigung haben nach oben zu gleiten. —

Der einfache Schutzverband wird in verschiedener Weise ausgeführt. So kann man auf die oben beschriebene Auspolsterung eine festhaltende Bandage

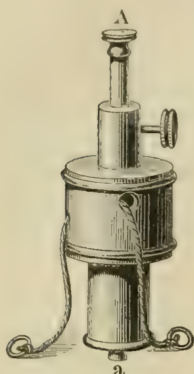
legen, die aus einem etwa 14 cm langen, in der Mitte 6 cm breiten eiförmigen Flanellstreifen besteht, an dessen beiden Enden schmale Bänder genäht sind, von denen eines über die entgegengesetzte Stirnhälfte, das andere unter das gleichseitige Ohr zum Hinterkopfe geführt wird, um alsdann zusammengeknüpft zu werden. Oder man schneidet sich ein entsprechend grosses Oval von amerikanischem Kautschuckpflaster, das die Polsterung deckt und mit seinen Rändern an der Stirn-, Nasen- und Wangenhaut anklebt; um die Verdunstung nicht zu hindern, macht man einige Löcher hinein. Diesen Verband wende ich besonders bei ganz jungen Kindern an, bei denen die Binden sich leicht verschieben, wenn man nicht durch Benutzung einer Kleisterbinde ihnen einen festen Schluss giebt. Das Abreissen des Verbandes mit den Händen kann man vermeiden, wenn man den Kindern über die Arme längere Pappröhren zieht, die eine Biegung im Ellenbogengelenk hindern.

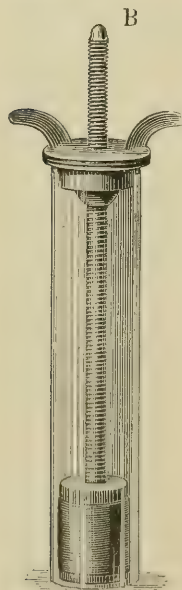
Neuerdings werden nach Operationen Gitterverbände vielfach benutzt. Die Gitter sind von Draht, gewölbt und uhrglasförmig, und werden mit Bändern, die um den Kopf gehen, befestigt. An Stelle des etwas schweren Gitters von Fuchs benutze ich ein von feinerem Draht gearbeitetes in der Art, wie es Schwarz anwendet. Um gleichzeitig bei Auspolsterung der Augenhöhle einen Druck ausüben zu können, habe ich mir auch glatte Drahtgitter machen lassen. Wenn man das Licht abhalten will, ohne die Augen mit Mull und Watte zu bedecken, so kann man dieselben mit schwarzer Seide oder Taffet überziehen. Im Ganzen sind die Gitter für die Patienten bequemer als die Bindenverbände, auch kann man sie leichter abnehmen, um nach dem Auge zu sehen. Da bei vielen Operationen ein Druckverband zur Fixirung des Auges nicht nöthig ist, so bilden sie einen ausreichenden Ersatz für ihn. Manche Operateure schliessen nach der Operation das Auge nicht, selbst nicht einmal durch Auflegen eines Mullläppchens oder Pflasters, sondern schützen es nur durch das Gitter gegen etwaige Verletzungen (Czermak). Ich halte es für vorsichtiger, wenigstens in den ersten 24 Stunden oder bis zur Herstellung der vordern Kammer das Auge durch die oben erwähnte Auspolsterung, die sich auch unter dem uhrglasförmigen Gitter machen lässt, zu schliessen; auch das andere Auge wird durch einen Pflasterstreifen verklebt. Einen wirklichen Druckverband lege ich auf das Augenlid stets an, wenn Glaskörperverlust eingetreten ist, bei glaucomatischen Processen (wegen seiner Wirkung auf Herabsetzung des intraocularen Druckes) und bei unruhigen Patienten. Als besonderen Nachtheil des Druckverbandes hat man angeführt, dass sich darunter, wie experimentell erwiesen (Marthen, Bach) die Zahl der Bacterien mehrt. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass auch unter Druckverbänden fast nie eine Suppuration eintritt, wenn nicht ein absonderndes Thränensackleiden besteht. Dass aber der Lidschlag an und für sich nicht im Stande ist, die Infection durch Thränensacksecret zu verhüten, lehrt uns die Entstehung der Ulcera serpentia corneae nach kleinen Verletzungen.

Vor einer vollständig offenen Wundbehandlung nach Staroperationen — ohne Anwendung von Schutzgittern —, wie sie von Hjort und Andern geübt wird, möchte ich doch warnen, da durch unwillkürliches Gegenstossen leicht Wundsprengungen, selbst noch nach 6 Tagen, erfolgen und deletäre Vorgänge dadurch eingeleitet werden können.

Von localen Mitteln, die bei Augenkrankheiten besonders zur Verwendung kommen, mögen nachstehende hier hervorgehoben werden.

Blutentziehungen. Trotz mancher theoretischer Gegengründe, die übrigens durch Weil's* experimentelle Untersuchung hinfällig geworden, zeigt die Praxis unzweifelhaft den Werth localer Blutentziehung in geeigneten Fällen. Man benutzt bei äusseren Affectionen in der Regel natürliche Blutegel, die bei Erwachsenen zu zwei bis vier in die Schläfengegend gesetzt werden. Man meide das langweilige Nachblutenlassen und mehre lieber die Zahl der Egel. Ein Ansetzen an die Lider ist durchaus verwerflich, da leicht Sugillationen und Anschwellung in dem schlaffen Gewebe auftreten; auch sind Fälle bekannt, wo der Blutegel den Augapfel selbst angesaugt hat. Für innere Augenentzündungen (Glaskörpertrübungen, Chorioideal- und Netzhautaffectionen) scheint erfahrungsgemäss die Blutentziehung mittels des künstlichen, Heurteloup'schen Blutegels vortheilhafter, jedoch werden auch hier von einigen die natürlichen Blutegel angewandt: man setzt sie alsdann an den Proc. mastoideus, wo ein mit dem Sinus transversus in Verbindung stehendes Emissarium ausmündet. Die Blutentziehung nach Heurteloup geschieht schneller und kann gut dosirt werden; auch wird eine grössere Hautpartie, ähnlich wie beim Schröpfkopf, hyperämisirt. Das Instrument besteht aus einem schneidenden Locheisen (Figur 3 Aa), das durch Ziehen an einer Schnur in seinem Gestell rotirt und eine kreisförmige, etwa 3 mm im Durchmesser haltende Hautwunde macht. Je nach der Dicke der Haut und des Fettgewebes wird das Locheisen mehr oder weniger weit aus dem Gestell vorgeschoben. Nachdem man sich von dem ausreichenden Bluten der Wunde überzeugt, beziehentlich durch Anwendung von warmem Wasser die Wunde stärker zum Bluten gebracht hat, wird mittels des aufgesetzten Glascylinders (B), der durch das Zurückschrauben eines festschliessenden Korkes allmählich luftleer gemacht wird, das Blut entzogen. Man muss nach den ersten Schraubendrehungen den Cylinder nicht mehr zu fest gegen die Haut drücken, da sich dieselbe sonst leicht stark in den luftleeren Raum presst und durch die damit verknüpfte Einschnürung am Rande der Blutzufluss unter-





3
Künstlicher Blutegel.

* Zeitschr. f. klinische Medicin Bd. 37.

brochen wird: eine häufige Ursache des Misslingens der kleinen Operation. Gewöhnlich genügt die Entziehung eines Cylinders (ungefähr 25 bis 30 Gramm) Blut. Auch hier benutzt man die Schläfe zur Application: achte aber darauf, dass kein grösseres Gefäss angeschnitten wird. Das auf die Wunde gelegte englische Heftpflaster wird mit Collodium befestigt, da ein etwaiges Heraustreten des umschnittenen Hautcylinders hässliche Narben macht.

Kalte Umschläge, besonders bei Conjunctivalentzündungen üblich, werden mit Eis, Wasser oder medicamentösen Lösungen gemacht. Bei Eisanwendung kann man mit Eisstückchen gefüllte kleine Eisblasen auf das Auge legen, doch wirkt der Druck oft lästig. Gewöhnlich bringt man eine grössere Zahl von Leinwandcompressen oder Watteballen in Wasser, in dem sich Eisstücke befinden, und macht mit diesen, etwa alle halben Minuten wechselnd, die Umschläge. Es ist nicht nöthig, die Umschläge beständig zu machen; selbst bei sehr heftigen Erkrankungen (Blennorrhoen der Conjunctiva) kann man in der Regel nach einstündiger Fortsetzung derselben wieder eine halbe oder ganze Stunde Pause machen. Um Hautreizung zu vermeiden, besonders bei kleinen Kindern, legt man auf die Lidhaut ein mit Süssmandel-Oel, Vaselin oder Ung. leniens bestrichenes Leinwandplättchen, so dass die feuchten Compressen nicht in directe Berührung mit derselben kommen. An Stelle der Umschläge mit reinem kalten Wasser, die bei weniger heftigen Conjunctivalentzündungen nur drei- bis viermal täglich eine viertel bis halbe Stunde lang gemacht werden, benutzt man meist schwache Lösungen von Borsäure (ein Theelöffel voll auf $^1/_2$ Liter Wasser), Sublimat (1:5000) oder Blei. Eine beliebte Form ist es, von Bleiessig 10 bis 15 Tropfen in $^1/_4$ Liter Wasser giessen zu lassen. Das so hergestellte Bleiwasser ist schwächer als das officinelle und die Vorschrift für den Patienten bequemer. Doch vermeide man das Blei bei Hornhautgeschwüren, da gelegentlich Niederschläge in denselben erfolgen können. Immer erinnere man ambulante Patienten daran, dass sie nicht kurz nach den kalten Umschlägen ins Freie gehen oder letztere machen, wenn sie erhitzt sind.

Zu lauen Umschlägen, die bei Hornhautentzündungen vorzugsweise benutzt werden, nimmt man meist Kamillenthee oder die oben genannten antiseptischen Lösungen; ebenso auch Acid. salicyl. in Borlösung (Rp. Acid. salicyl. 5·0, Acid. boric. 15·0, Aqua destill. 500. Sattler). Carbolsäure ist besser zu meiden, da sie in etwas stärkerer Lösung (über 1 bis 2 Procent) auf die Hornhaut irritirend wirkt. Die Temperatur der Umschläge sei 42 bis 45 Grad C. Dass übrigens durch kalte Umschläge die Temperatur im Conjunctivalsack herabgesetzt, durch warme gesteigert wird, ist experimentell erwiesen (Giese, Hertel).

Ferner kann man einen sehr guten feuchtwarmen antiseptischen

Verband herstellen, wenn man die zur Auspolsterung der Augenhöhle benutzte Watte mit warmer Sublimatlösung befeuchtet und zur Befestigung anstatt der Flanellbandage eine solche mit Guttaperchapapier oder Wachstaffet verwendet. Es bedarf etwa alle Stunden einer neuen Befeuchtung, um eine entsprechende Temperatur zu behalten.

Trockene Wärme lässt sich in Gestalt der kleinen Japanischen Metall-Wärmekästchen, in denen eine Patrone langsam abbrennt, mit grosser Bequemlichkeit anwenden. Oder man benutzt die sogenannten Thermophore, welche dadurch stundenlang Wärme erzeugen, dass das in ihnen befindliche unterschwefligsaure Natron, in heissem Wasser gelöst, beim Wieder-Auskrystallisiren Wärme abgiebt.

Die gebräuchlichen medicamentösen Topica sind in der Augenheilkunde nicht zu zahlreich; jedenfalls kommt man mit verhältnissmässig wenigen aus. Von Arzneistoffen, die in Substanz benutzt werden, seien glatte Stifte von Cupr. sulfur., von Alaun und von mitigirtem Höllenstein (Arg. nitric. c. Kali nitric.) erwähnt; der von Stilling wegen seiner antiseptischen Eigenschaften gegen zahlreiche Augen-Entzündungen empfohlene Pyoktaninstift (gelbe und blaue Analin-Farbstoffe) hat sich im allgemeinen nicht bewährt. Man spricht von „Touchiren", wenn die betreffenden kranken Stellen direct bestrichen werden. Nimmt man Höllenstein, so neutralisirt man das Ueberschüssige durch Nachpinseln mit einer schwachen Kochsalzlösung, der dann wieder Wasser nachgegespült wird. Als Pulver wird mittels eines kleinen Tuchpinsels häufig Calomel (Rp. Hydrarg. chlorat. mite subtilissime pulv.) eingestreut, das man vor Feuchtigkeit schützen muss, da es sonst zu kleinen Körnern sich zusammenballt, und Jodoform. Die übrigen Mittel verwenden wir in der Regel in Lösungen als Tropfwässer oder in Salbenform. Von den Lösungen verschreibe man nicht mehr als 5·0 bis 10·0 g; das dazu genommene destillirte Wasser muss frisch gekocht sein, um bacterielle Verunreinigungen zu vermeiden. Ihre Anwendung geschieht so, dass man unter Abziehen des unteren Lides mit einem reinen Tropfgläschen ein bis zwei Tropfen einträufelt oder einen in die Lösung eingetauchten und mit ihr ordentlich angefüllten Pinsel auf dem ektropionirten Lidrande abstreicht. Darauf lässt man das Auge schliessen. Wenn die Patienten oder ihre Angehörigen die Einträufelung ausführen sollen, so ist es meist besser, dass sie sich des Pinsels bedienen, da das Glasrohr bei ungeschickter Anwendung verletzen kann; am leichtesten gelingt ihnen die Einträufelung, wenn die Kranken auf dem Rücken liegen. In Lösungen giebt man besonders häufig Zinc. sulfur., Acid. tannic., Cupr. sulfur. ($^1/_5$ bis 1 Procent), Natr. biborac. (2 bis 4 Procent) und Hydrarg. bichloratum corrosivum (1:5000 bei Blennorrhoen und zu prophylaktischer Antisepsis). Argentum nitricum, Plumbum aceticum können in

schwachen Lösungen (1/4 bis 1/2 Procent) auch zu Einträufelungen benutzt werden, in stärkerer Dosirung (2 Procent) verwendet man sie meist nur zum directen Bepinseln der Schleimhaut, wobei ebenfalls das Ueberschüssige neutralisirt, respective mit Wasser ausgewaschen wird. Aehnlich wie Höllenstein wirkt das Protargol, eine Verbindung des Silbers mit einem Proteinstoff; man nimmt 1/2 bis 10 procentige Lösungen oder 5 bis 10 Procent zu Salben. Als Constituens für Salben, die in das Auge kommen sollen, bedient man sich des Ung. Paraffini oder besser noch des reinen, weissen amerikanischen Vaselins (Marke Chesebrough Manufacturing Comp.). Wegen seiner Löslichkeit in der Thränenflüssigkeit wird auch das Ung. Glycerini benutzt. Viel verwendet, besonders bei phlyctänulären Processen der Conjunctiva, ist eine Salbe von Hydrarg. oxyd. flav. via humida paratum (Pagenstecher); letzteres ist gelb und feiner vertheilt als das schon langberühmte ophthalmiatrische Mittel Hydrarg. oxyd. rubrum. Man verschreibt: Rp. Hydrarg. oxyd. via humid. recent. parat. 0,1—0,2, Vaselini americ. albi 5,0 M. f. ung. DS. Hanfkorngross mit einem Stückchen Papier ins Auge zu streichen und dort mit den geschlossenen Lidern zu verreiben. Nach 5 Minuten sind etwa ungelöste Reste mit einem Läppchen aus dem Conjunctivalsack zu entfernen. Auch bei Liderkrankungen bedient man sich mit Vortheil des Hydrarg. oxyd. flav., ferner des Hydrarg. praec. alb. oder Zinc. oxyd.; hier sind als Constituens die Kühlsalben (Ung. leniens; oder Adipis lanae und Aqu. destill. āā 1,0, Vaselini amer. alb. pur. 10,0) besonders empfehlenswerth. — Als antiphlogistisches und ableitendes Mittel ist bei inneren Augenentzündungen sehr beliebt die Arlt'sche Stirnsalbe (Hydrarg. praec. alb. 1·0, Extr. Bellad. 1·0, Ung. simpl. 10·0) oder auch einfacher Ung. ciner. mit Ung. simpl. āā 5,0. Diese Salbe wird eine Erbse gross in Stirn und Schläfe gerieben.

Wegen ihrer eigenartigen Wirkung auf das Auge seien noch zwei neuere Topica genannt: das Extract. suprarenale (Merk) (Atrabilin) und das Dionin. Wenn man vom ersteren einige Tropfen in den Conjunctivalsack bringt, tritt sofort eine überraschende Anämie ein, entzündliche ausgedehnte Gefässe verengern sich. Leider dauert die Wirkung nicht lange und ist durch wiederholtes Einträufeln kein bemerkenswerther therapeutischer Effect zu erzielen. Allenfalls könnte man die Blutleere bei oberflächlichen Conjunctival-Operationen mit Vortheil anwenden. Subcutane Injectionen bei Thieren haben sich als sehr giftig erwiesen. Das Dionin, ein Morphinderivat, verursacht, hanfkorngross und mehr in den Conjunctivalsack gebracht, starke Chemose, Oedem der Lider und heftige Schmerzhaftigkeit (Wolffberg); ob ein therapeutischer Nutzen dabei heraus kommt, bleibt abzuwarten.

In der Regel wendet man die Salben wie auch die meisten adstringirenden Augenwässer nur einmal täglich an.

Anders mit den mydriatischen Mitteln. Das üblichste Mydriaticum (Pupille erweiternde Mittel) ist das Atropin (Atrop. sulfur. 0,02 bis 0,1, Aqu. destill. recenter coct. 10,0, Hydrarg. bichlor. corros. 0,001; in dieser Form wird am besten die Pilzentwicklung vermieden). Auch in Gelatineplättchen oder in Salbenform wird es angewandt. Bei allen Hyperämien oder Entzündungen der Regenbogenhaut wird es benutzt, nicht selten dreimal täglich und öfter. Es bewirkt Immobilität und Erweiterung der Pupille durch Lähmung der die Iris versorgenden Fasern des Oculomotorius (Sphincter iridis) und Reizung der Sympathicus-Aeste (Dilatator iridis) oder der Gefäss-Muskulatur. Für Sympathicus-Reizung spricht der Umstand, dass die Weite der atropinisirten Pupille erheblich die übertrifft, welche man bei einfachen Sphincterlähmungen findet. Bei normalen Augen kommt nach einmaliger Einträufelung meist in etwa einer halben Stunde eine maximal weite Pupille zu Stande, welche nur noch von einem kleinen Irissaum umgeben ist; bei neugeborenen Kindern und bei sehr bejahrten Individuen ist die Ausdehnung weniger erheblich. Neben dieser Wirkung auf die Iris ist eine Lähmung des Accommodationsmuskels (M. ciliaris) zu constatiren; das atropinisirte Auge ist auf seinen Fernpunkt eingerichtet. Auf diesen Umstand und darauf, dass mehrere Tage, oft eine Woche vergehen, ehe die Wirkung sich ganz verliert, muss man die Kranken aufmerksam machen, da sie sonst leicht durch Verschwommensehen und das bei Nichtkurzsichtigen auftretende Unvermögen, in der Nähe scharf zu sehen, beunruhigt werden. Der intraoculare Druck wird durch Atropin im normalen Auge nach Untersuchungen von Höltzke und Graser erhöht. Auch die Praxis lehrt, dass man Atropin bei Hypertonie des Auges nicht anwenden soll. Die Wirkung erfolgt durch directe Aufnahme in den Humor aqueus. Selbst bei längerer und starker Einträufelung treten in der Regel keine Allgemein-Erscheinungen ein, wenn man den Abfluss durch den Thränennasencanal in Nase und Rachen hindert. Man erreicht dies, indem man nach dem Einträufeln das Auge schliessen lässt und mit der Fingerspitze einige Zeit die Thränenröhrchen comprimirt. Das erste Symptom, welches auf allgemeine Resorption hindeutet, pflegt die Klage über Trockenheit im Rachen zu sein. Zu ausgeprägten Vergiftungserscheinungen (Schwäche, Uebelkeit, Blasenkrampf, Hallucinationen etc.) pflegt es durch locale Anwendung selten zu kommen. Morphiuminjectionen (0·01 bis 0·02) haben sich als Antidot öfter bewährt; auch Pilocarpin wird empfohlen. — In einzelnen Fällen tritt in Folge einer Idiosynkrasie gegen das Atropin oder eines zu intensiven Gebrauches oder schlechter Präparate oder Pilzbildung eine heftigere, mit Thränen und starkem Lidekzem verknüpfte Conjunctivitis auf; aber auch ohne diese Erscheinungen bilden sich

bisweilen in der Conjunctiva kleine, blasse Hervorragungen (Follikel). Wenn durch Touchiren der Schleimhaut mit einer Lösung von Plumbum aceticum, das sich hier besonders wirksam erweist, der Process nicht geheilt oder in Schranken gehalten werden kann, so muss man das Atropin aussetzen. Bei langer Anwendung stärkerer Atropindosen thut man überhaupt gut, durch zeitweiliges Bepinseln mit Bleilösung einer Schleimhautaffection vorzubeugen.

Noch stärker mydriatisch wirkt das Scopolaminum (Hyoscinum) hydrobromicum (0,2—0,3 procentig) (Raehlmann); es empfiehlt sich besonders dort, wo eine intraoculare Drucksteigerung besteht oder zu fürchten ist. Schwächer und weniger nachhaltig wirkt Homatropin (0,05, 0,1 und 10,0).

Man bedient sich desselben meist nur zu Untersuchungszwecken, wenn man für kürzere Zeit die Pupille erweitern und die Accommodation lähmen will. Da zum Augenspiegeln nur eine vorübergehende Mydriasis erforderlich ist, so erweisen sich hierzu noch zweckmässiger das mildere Euphthalmin (5,0—10,0 proc.), das allerdings auch etwas den Nahepunkt hinausschiebt, und das Ephedrin, das denselben ganz unverändert lässt. Besonders ist die Mischung von Ephedrin. muriat. (0,1) mit Homatropin hydrobromic (0,01) und Aqu. destill. (10,0) zu empfehlen; in etwa $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden nach mehrmaligem Einträufeln ist die Pupille ausgiebig erweitert, in 4 bis 5 Stunden wieder normal; leider sind Euphthalmin. muriat. und Ephedrin noch ziemlich theuer. Uebrigens kann man auch durch 4procentige, oft wiederholte Cocain-Einträufelungen in der Regel eine genügende und schnell vorübergehende Pupillendilation erhalten. Dieses Mittel, ebenso wie das Euphthalmin wird man vorzugsweise in Fällen verwenden, in denen man eine Drucksteigerung vermeiden will (z. B. bei Verdacht auf Glaucom); doch hat man selbst nach ihnen acute Glaucom-Anfälle ausbrechen sehen.

Hyoscyamin, Duboisin und Daturin sind nach Ladenburg's Untersuchungen mit Atropin identisch und verhältnissmässig wenig im Gebrauch.

Als Mioticum ist besonders das Eserin s. Physostigmin, das Alkaloid der Calabarbohne (Physostigma venenosum), gebräuchlich. Dies ist ein weisses Pulver, das aber in Lösungen, selbst in dunklen Gläsern sehr bald eine röthliche Färbung annimmt, ohne jedoch dadurch erheblich an Wirksamkeit zu verlieren. Am besten hält sich das Physostigm. salicylicum ($^1/_2$ bis 1 procentig). Neben der Pupillenverengerung erfolgt nach dem Einträufeln in den Conjunctivalsack auch eine krampfhafte Contraction des Ciliarmuskels (cfr. „Accommodationskrampf"), sodass die Accommodation angespannt und der Fernpunkt herangerückt wird. Im normalen Auge erhöht das Eserin den intraocularen Druck anfangs, später setzt es ihn quantitativ mehr herab, als es ihn anfangs gesteigert hatte (Pflüger, Stocker): der letztere Effect wird

von Höltzke als Folge der pupillenverengenden Wirkung desselben angesehen, von Grönholm durch Abnahme der Blutmenge und der Secretion in Folge der eintretenden Gefässverengerung erklärt. Unleugbar erfolgt eine Herabsetzung des intraocularen Drucks bei glaucomatösen Augen. Bald nach der Einträufelung klagen manche Patienten über Druck im Auge und in der Stirn. Ausser Eserin kann man auch zur Herstellung einer Miose Lösungen von Pilocarp. muriaticum (1- bis 2 procentig), das ebenfalls nach klinischer Erfahrung den intraocularen Druck herabsetzt, einträufeln; doch wirkt das Mittel weniger kräftig, hat aber den Vortheil, die Accommodation in geringerem Grade zu beeinflussen und nicht so wie Eserin bei Neigung zur Iritis die Entzündung zu steigern.

Mannigfache Anwendung bei den verschiedensten Augen-Affectionen haben in den letzten Jahren die subconjunctivalen Injectionen gefunden. Darier bediente sich einer Sublimatlösung (1 auf 1000), von der ein bis fünf Tropfen etwa 7 mm vom Hornhautrande unter die Conjunctiva mit einer Pravaz'schen Spritze eingespritzt wurden: später wurde durch Zusatz von Chlornatrium ($^1/_{10}$ Procent) leichtere Resorption oder durch Anwendung schwächerer Lösung (1:2000) eine Verringerung der Reaction zu errreichen gesucht. Da die Wirkung dieser Einspritzung nur als eine die Blut- und Lymphcirculation beschleunigende und so die Entfernung pathologischer Producte anregende sein kann, keinesfalls eine, wie Darier annahm, desinficirende, so erreicht man mit Injectionen von Kochsalzlösungen (2 bis 5 Procent), von denen $^1/_2$ bis 1 cm^3 eingespritzt wird (Mellinger), dieselben Resultate. Da öfter nach den Sublimat-Injectionen bedenkliche Verklebungen im subconjunctivalen Raume eintreten, wende ich jetzt fast ausnahmslos diese Kochsalzlösungen an. Auch Darier empfiehlt neuerdings eine Lösung von Hydrargyri cyanati 0,01, Natr. chlorat. 1.0, Aqu. destillat. 100,0, von der $^1/_4$ bis ganze Pravaz-Spritze injicirt werden kann. Nachdem man die Conjunctiva durch Cocain oder Eucain unempfindlich gemacht, hebt man sie etwas mit der Pincette, sticht dann die Canüle ein und schiebt sie etwa $^1/_2$ cm weiter vor. Die meist heftigen Schmerzen, welche nach der Injection der Kochsalzlösung eintreten, kann man vermeiden, wenn man das Kochsalz nicht in Wasser, sondern 1 procentiger Eucainlösung verschreibt oder bei Kochsalzlösungen über 3 Procent, wo das Eucain ausfällt, eine Eucaineinspritzung vorausschickt.

Zur Anästhesirung bei Augenoperationen benutzt man meist Einträufelungen von Cocain (Erytroxylon Coca), das 1884 von Koller in die Augenheilkunde eingeführt wurde. Dasselbe macht die Cornea und Conjunctiva empfindungslos, bei stärkeren Dosen wird auch die Empfindlichkeit der Iris herabgesetzt. Ausserdem wird die Lidspalte erweitert und bisweilen eine leichte Protrusion des Augapfels bewirkt. Der intra-

oculare Druck verringert sich, die Pupille erweitert sich, reagirt aber meist noch gegen Licht. Der Nahepunkt rückt etwas, aber nur sehr vorübergehend, hinaus. Die Gefässe der Bindehaut und der Iris verengern sich. Es handelt sich demnach um eine Lähmung der peripheren Trigeminus- und Reizung der Sympathicus-Aeste. Am besten erreicht man eine zu Operationen genügende Anästhesie, wenn man von einer 4procentigen Lösung von Cocain. muriaticum wiederholentlich (4—6mal) in Zwischenräumen von 3 Minuten einträufeln lässt; will man eine engere Pupille für die auszuführende Operation (beispielweise Sclerotomie oder Star-Extraction) behalten, so muss man einige Stunden vorher einen Tropfen Eserin instilliren. Die Gefühllosigkeit hält circa 10 Minuten an. Uebrigens kommen erhebliche individuelle Verschiedenheiten bezüglich der Aufhebung der Sensibilität vor; auch werden entzündete Augen schwerer gefühllos. Selbst für leichtere Operationen, wie Entfernung von Fremdkörpern aus der Cornea, Anwendung des Galvanocauters, gelegentlich auch beim Sondiren der Thränenwege, empfiehlt sich das Cocainisiren. Um bei Schiel-Operationen die Sehne empfindungslos zu machen, hat man dieselbe nach Trennung der Conjunctiva direct mit Cocainlösung beträufelt; ebenso kann man bei Herausnahme des Augapfels in das Orbital-Zellgewebe bis an den Sehnerv hin vorher injiciren. Immerhin bedarf es einer gewissen Vorsicht in der Anwendung des Mittels, da schon nach 5 Tropfen einer 3procentigen Lösung Vergiftungs-Erscheinungen: Blässe, kalter Schweiss, Erbrechen etc. beobachtet wurden. In sehr seltenen Fällen sah man diese unliebsame Wirkung auch nach Einträufelungen in den Conjunctivalsack; Genuss von Wein oder Einathmen von Amylnitrit erwies sich hier vortheilhaft. Local tritt bisweilen eine umschriebene Abhebung des Epithels der Cornea, sowie leichte Trübung ihres Gewebes in Folge lymphatischer Anämie (Eversbusch) nach Cocain-Einträufelung ein; doch haben in der Regel diese Erscheinungen nichts zu bedeuten und gehen schnell vorüber. Man vermeidet sie am ehesten, wenn man die Augen nach jeder Einträufelung dauernd mit einem feuchten Mullläppchen schliessen lässt. Nur bei gleichzeitiger starker Sublimat-Einwirkung (als Antisepticum bei Operationen benutzt) können dauernd intensive Hornhautflecke zurückbleiben.

An Stelle des Cocains benutzten wir deshalb neuerdings mit Vortheil Holocain. hydrochloricum (1 Procent): 3 bis 5 Tropfen eingeträufelt anästhesiren stark, der intraoculare Druck wird nicht herabgesetzt; auch ist die Wirkung auf die Pupille und das Hornhautepithel unbedeutend. Holocain ist jedoch giftiger, daher nicht zu Injectionen zu benutzen. Aehnlich wirkt Eucain B. hydrochloricum, das noch den Vorzug hat, ungiftig zu sein. Für Lidoperationen können subcutane Cocain-Einspritzungen (Maxi-

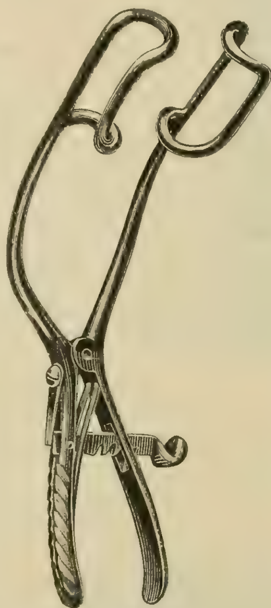
mal-Dosis 0,05) oder auch die Schleich'schen Infiltrationen (Cocain. muriatic. 0,2, Morph. muriat. 0,02, Natr. chlorat. 0,2, Aqu. destill. 100,0) bisweilen mit Vortheil angewandt werden; leider wird bei stärkerer Infiltration das Operationsterrain unklar, bei mässiger ist die Wirkung wiederum zu gering. Ich ziehe daher meist die Anästhesirung durch Bespritzen mit Aethyl-Chlorid vor, wobei man natürlich den Augapfel durch Lidschluss schützen muss.

Die Anwendung der Allgemein-Narkose ist bei Augen-Operationen sehr eingeschränkt worden. Nur noch ausnahmsweise, etwa bei ganz unbändigen Kindern oder in Fällen, wo jede Bewegung und jedes Pressen mit den Lidern verhindert werden soll, um Glaskörperverlust zu vermeiden, wird man sie anwenden; ebenso bei Herausnahme des Augapfels oder grösseren Lidoperationen. Ich wende meist Aether an, den ich mit einer Maske, die nicht fest aufgedrückt wird, einathmen lasse. Es tritt hierbei keine besondere Erstickungsangst auf, und habe ich nie Nachtheile erlebt, da ein Schleimröcheln ganz vermieden wird. Nur bei Lungen-Affectionen wende ich zur Vermeidung einer späteren Pneumonie, wie sie nach längeren Aethernarkosen beobachtet ist, noch Chloroform an.

Bei allen Operationen ist auf grösste Reinlichkeit und Asepsis der Hände, Instrumente und Verbände zu sehen. Die in sodahaltigem Wasser gekochten Instrumente legen wir kurz vor der Operation in 2procentige Karbolsäurelösung; aus dieser Lösung herausgenommen, werden sie durch Abwischen mit sterilisirter Leinwand getrocknet und sofort benutzt. Die sorgfältige Reinigung und Desinfection der Lid- und angrenzenden Haut, sowie des Conjunctivalsackes geschieht mehrere Stunden vor der Operation, aldann wird mit einem in Sublimatlösung getauchten Verbande das Auge geschlossen. Kurz vor der Operation bespült man das Auge und den Conjunctivalsack mittels einer Undine noch einmal mit einer desinficirenden Lösung, der Lidrand wird mit feuchtem Mull abgewischt. Ebenso nach der Operation. Man bedient sich als desinficirender Flüssigkeit meist der Sublimatlösung 1 zu 5000, da das Auge stärkere Lösungen nicht verträgt. Versuche haben mich belehrt, dass diese schwache Lösung keine wirksame Desinfection verbürgt; ich wende daher seit langer Zeit zum Bespülen des Auges und Tränkung der Verband-Gaze die officinelle Aqu. chlorata an. Dieselbe ist eines der kräftigsten desinficirenden Mittel, wenngleich auch sie nach Bach's Versuchen bei den einfachen Ausspülungen nicht alle Bacterien zu tödten vermag. In kühlem Raum und in dunkler Flasche kann man sie mehrere Wochen aufbewahren, ohne dass sie ihre Kraft verliert. Auch habe ich hierbei nie die intensiven Horntrübungen auftreten sehen, wie man sie bei Anwendung von Cocain und Sublimatlösung besonders nach

Star-Operationen beobachtete (Graefe). Bei empfindlicher Haut legt man nach dem ersten Verbandwechsel einen trocknen Verband (sterilisirten Mull, Gaze oder Borlint, Watte) an.

Besonders achte man vor jeder Operation am Bulbus darauf, ob etwa eine chronische Thränensack-Blennorrhoe besteht. Da das Secret derselben für Hornhautwunden enorm infectiös ist, so muss man das Thränensackleiden vorher zu beseitigen suchen; oder wenn dies unmöglich ist, jedenfalls den Thränensack desinficiren. Man erreicht dies, wenn man ihn von aussen spaltet und Jodoform einpudert; meist genügen aber zur Hebung der Absonderung das vorherige Sondiren und Injectionen mit Aqu. chlorat., Hydrarg. oxydat. cyanat. (einige Tropfen einer 1procentigen Lösung) etc. Ob bei etwa noch vorhandenem Secret die Infectionsfähigkeit geschwunden ist, kann man aus dem Erfolg der Impfung von Kaninchen-Hornhäute ersehen. Nach der Operation bespült man in solchen Fällen den Conjunctivalsack besonders reichlich mit Aqu. chlorata und pudert etwas Jodoform in die inneren Augenwinkel.



4. Schmidt-Rimpler's Sperr-Elevateur.



5. Fixations-Pincette.

Ich habe bei dieser Therapie trotz erwiesenen Thränensackleidens — abgesehen von einem Fall mit stark absondernder Conjunctivitis — in den letzten zehn Jahren keine Suppuration der Hornhaut eintreten sehen: wohl aber in einzelnen Fällen, wo das Thränensackleiden nicht erkannt worden war, da sich kein Secret ausdrücken liess. Um dies zu vermeiden, thut man gut, vor der Star-Operation einen Verband über Nacht auf das Auge zu legen und am nächsten Morgen zu sehen, ob eine Absonderung eingetreten ist. Vor jeder Star-Operation aber den Thränensack auszuspritzen, halte ich nicht nur für überflüssig, sondern sogar für schädlich, da gerade durch die Reizung eine Absonderung angeregt werden kann, wie ich in einem Falle, der mir verdächtig schien, zu des Patienten Schaden erlebte. Auch ein Thränensackleiden des zweiten, nicht-operirten Auges kann die Suppuration veranlassen, wie ich einige Male beobachtet habe.

Alle bei und nach Augen-Operationen angewandten Tropfwässer (Atropin etc.) sind durch Erhitzen zu sterilisiren und durch Zusatz von einigen Tropfen Aqua chlori oder einer Sublimatlösung aseptisch zu

halten. Ebenso nöthig ist die vorherige Sterilisation des Verbandsmaterials durch heissen Dampf.

Um den Augapfel blosszulegen, bedarf es der Lidfixation, die entweder mit den Fingern oder mit Elevateuren geschehen kann. Will man nur ein Lid heben, so bedient man sich der Desmarres'schen Elevateure, sonst in der Regel der Sperr-Elevateure (Figur 4). Zur Fixation des Bulbus wird die Fixationspincette benutzt, die mit einer kleinen Schlussvorrichtung für den Fall versehen ist, dass man sie geschlossen dem Assistenten übergeben will (Figur 5).

Zweites Kapitel.

Anomalien der Refraction und Accommodation.

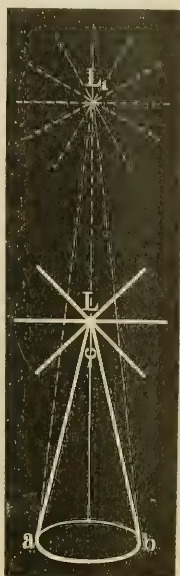
A. Allgemeiner Theil.

1. Optische Einleitung.

Ein Gegenstand kann nur dann deutlich gesehen werden, wenn die von ihm ausgehenden Lichtstrahlen sich zu einem scharfen Bilde auf der Netzhaut vereinigen. Die verschiedenen brechenden Medien des Auges (Cornea, Humor aqueus, Krystalllinse und Glaskörper) stellen ein optisches System dar, dessen Gesammtwirkung mit der einer Convexlinse übereinstimmt.

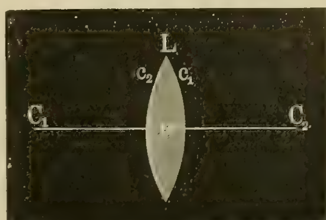
Wenn wir von „Lichtstrahlen“ sprechen, so benutzen wir einen Ausdruck, der der älteren Newton'schen Corpusculartheorie über das Licht entnommen ist. Danach entsendet jeder leuchtende Punkt beständig längs imaginärer Achsen (Strahlen) leuchtende Körperchen nach allen Richtungen. Diese Anschauung ist zu Gunsten der Undulationstheorie (Huygens, Thomas Young) aufgegeben, nach welcher das Licht durch Wellenbewegungen im Aether entsteht und fortgeleitet wird. Die radiäre Verbindung der Wellengipfel würde dem Laufe der Lichtstrahlen entsprechen, falls von einem leuchtenden Punkt aus Licht

entsendet wird. Der leuchtende Punkt bildet die Mitte, von der aus nach allen Richtungen hin divergirende Lichtstrahlen gehen. Wie viele dieser Strahlen eine bestimmte Fläche a b (Figur 6) treffen, hängt von der Grösse dieser Fläche und von der Entfernung derselben vom Lichtpunkt ab. Ist die Fläche a b kreisrund, so fällt auf sie ein Kegel von Lichtstrahlen, dessen Basis die Fläche a b bildet und dessen Spitze im leuchtenden Punkt L liegt: in einer Durchschnittsfigur würden von allen a b treffenden Strahlen L a und L b diejenigen sein, welche am meisten divergiren; der Winkel φ stellt den Divergenzwinkel dar. Entfernt sich der leuchtende Punkt nach L_1, so trifft nur ein schmälerer Strahlenkegel die Fläche, die Grenzstrahlen L_1 a und L_1 b werden weniger divergiren. Rückt der Lichtpunkt schliesslich in die Unendlichkeit (∞), so werden die betreffenden Lichtstrahlen als untereinander parallel verlaufend betrachtet werden können, da wir mathematisch als „parallele" Linien solche bezeichnen, die sich in der Unendlichkeit schneiden. Ist nun aber die auffangende Fläche sehr klein, wie etwa die Pupille unseres Auges, so wird der in sie fallende Lichtkegel schon bei einer nicht allzugrossen Entfernung des leuchtenden Punktes so schmal sein, und die Strahlen werden untereinander so wenig divergiren, dass man sie als parallel bezeichnen kann. Darauf beruht es, dass wir bei den Refractionsbestimmungen des menschlichen Auges die Probeobjecte nur etwa in 5 bis 6 Meter Entfernung aufzuhängen pflegen und doch die von ihnen ausgehenden Lichtstrahlen als parallele betrachten.



6.

Während divergente und parallele Lichtstrahlen demnach unter natürlichen Verhältnissen in unser Auge fallen, so kann eine Convergenz der Strahlen nur durch optische Mittel künstlich erzeugt werden.

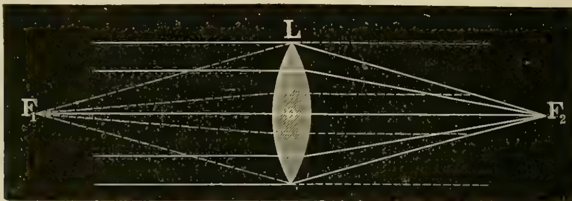


7.

Convex-Linsen dienen vorzugsweise hierzu. Im Brillenkasten befinden sich in der Regel Biconvex-Gläser, d. h. Gläser, deren beide Oberflächen Segmenten von Kugeln entsprechen, die einen gleichen Radius haben. Bei der Biconvexlinse L (Figur 7) würde C_1 der Mittelpunkt der Kugel sein, aus der die Fläche c_1 ein Segment ist, und C_2 der Mittelpunkt der zweiten Kugel, welcher die Fläche c_2 entnommen

ist. C_1 und C_2 liegen gleich weit vom optischen Mittelpunkt (o) der Linse entfernt: die sie verbindende Linie bezeichnet man als Hauptachse der Linse.

Wenn der Hauptachse parallel verlaufende Lichtstrahlen die Mitte einer Convexlinse treffen, so werden sie zu einem Punkte zusammen gebrochen. Diesen Punkt bezeichnet man als (Haupt-) Brennpunkt der Linse und seine Entfernung vom optischen Mittelpunkt (— eigentlich vom Hauptpunkt, siehe unten —) als (Haupt-) Brennweite der Linse. Da die parallelen Strahlen die Linse sowohl von rechts als von links treffen können, so werden auch zwei (Haupt-) Brennpunkte anzunehmen sein, die auf verschiedenen Seiten der Linse liegen, links der erste Brennpunkt F_1 (Figur 8) und rechts der zweite



8.

Brennpunkt F_2. Sie werden beide gleich weit von dem optischen Centrum liegen (also die erste Brennweite ist gleich der zweiten), wenn die Linse auf ihren beiden Seiten von Luft oder einem gleichbrechenden Medium begrenzt ist.

Bei Biconvexlinsen ist die Brennweite gleich dem Krümmungsradius (C_1 o, Figur 7) unter der Voraussetzung, dass das Glas einen Brechungsindex (siehe hierüber den Abschnitt: Physiologische Optik) von 1·5 hat, was aber gewöhnlich nicht genau zutrifft. In der Regel ist der Brechungsindex des verwandten Tafel- und Crownglases etwas höher, geht aber nicht über 1·53 hinaus: hierdurch wird die Brennweite etwas kürzer*. Die neuerdings in den Handel gebrachten „isometropen Linsen“ sind von einer noch stärker brechenden (Index 1·57), sehr reinen und weissen Glassorte. Der Krümmungsradius wird demnach bei gleicher Brechkraft der Linsen ein kleinerer zu sein brauchen.

* Die Formel für die Brennweite (f) des Convexglases ist $\frac{1}{f} = (n-1)\left(\frac{1}{r} + \frac{1}{r_1}\right)$, wo r und r_1 die Krümmungsradien der Oberfläche und n der Brechungsindex sind. Wenn $r = r_1$ und $n = 1.5$, so ist $\frac{1}{f} = 0.5 \times \frac{2}{r} = \frac{1}{r}$, also $f = r$. Bei 1.53 ist aber $\frac{1}{f} = 0{\cdot}53 \cdot \frac{2}{r} = \frac{1.06}{r}$, also $f = \frac{r}{1.06}$, f danach kleiner als vorher.

Dieser Vortheil, der von den Pariser Fabrikanten überaus stark betont wird, hat für schwache Linsen keine Bedeutung; für stärker brechende Linsen kann aber andrerseits die stärkere Farbenzerstreuung des Glases nachtheilig werden.

Auf den älteren Linsen ist meist als Bezeichnung die Länge des Krümmungsradius in Zollen angegeben. Wir sind nach diesen Ausführungen eigentlich nicht berechtigt, diese Zahl der Hauptbrennweite gleich zu setzen. Jedoch geschieht dies für gewöhnlich, da bei sonst guter Schleifung die Differenzen keine erhebliche praktische Bedeutung haben. Danach wird No. 2 eine Linse sein, deren Brennweite in 2 Zoll liegt, No. 3 eine solche, deren Brennweite in 3 Zoll liegt u. s. f. Doch pflegt man in der Ophthalmologie die Linsen in der Regel nicht durch ihre Brennweite, sondern durch ihre Brechkraft zu bezeichnen. Letztere bildet den reciproken Werth der ersteren; sie wird durch einen Bruch ausgedrückt, dessen Zähler 1 und dessen Nenner gleich der Brennweite ist. Eine Linse von 2 Zoll Brennweite wird als $^1/_2$, eine solche von 4 Zoll Brennweite als $^1/_4$ bezeichnet. 2 Linsen von $^1/_4$ Brechkraft zusammengelegt und zusammenwirkend sind gleich einer Linse von $^1/_2$. Die Brechkraft einer Linse, d. h. ihre Einwirkung auf die sie treffenden Lichtstrahlen ist demnach um so schwächer, je grösser ihre Brennweite ist.

Wir sind unter Benutzung einer Formel, welche die Brennweite der Convexlinse (f), die Entfernung des leuchtenden Punktes (a) und die Entfernung des Bildpunktes (b) enthält, im Stande, eine dieser Bestimmungen zu berechnen, wenn die beiden anderen bekannt sind. Diese Linsenformel, welche für die Lehre der praktischen Refractions- und Accommodations-Bestimmung von höchster Bedeutung und ungemein leicht zu behalten ist, lautet

$$\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{b}.^{*}$$

Es möge beispielsweise der leuchtende Punkt a in 20 Zoll Entfernung sich befinden; die von ihm ausgehenden Strahlen fallen auf eine Linse von 10 Zoll

---

* Eine andere übliche Formel ist: $l_1\, l_2 = F_1\, F_2$. Hier ist l_1 gleich dem Abstande des Objectes vom ersten Brennpunkte, l_2 gleich der Entfernung seines Bildes vom zweiten Brennpunkte. l_1 erhält ein positives Vorzeichen, wenn es vor dem ersten Brennpunkt (d. h. also links von ihm, wie a in Figur 9), l_2, wenn es hinter dem zweiten Brennpunkt gelegen ist. Liegt hingegen l_1 hinter dem ersten Brennpunkt, so bekommt es ein negatives Vorzeichen und analog l_2, wenn es vor dem zweiten Brennpunkte liegt. F_1 und F_2 würden als erste und zweite Brennweite, wenn die Linse vor und hinter sich Luft hat, gleich sein. — Ist die Entfernung des Objectes vom Hauptpunkte (siehe unten) gleich f_1 und die Entfernung des Bildes von ihm gleich f_2, so lautet die Formel $\frac{F_1}{f_2} + \frac{F_2}{f_2} = 1$.

Brennweite. In welcher Entfernung werden sie vereinigt, oder, anders ausgedrückt, wo ist der Bildpunkt des leuchtenden Gegenstandes?

$$\frac{1}{10} = \frac{1}{20} + \frac{1}{b}$$
$$\frac{1}{10} - \frac{1}{20} = \frac{1}{b}$$
$$+\frac{1}{20} = \frac{1}{b}$$
$$+20 = b.$$

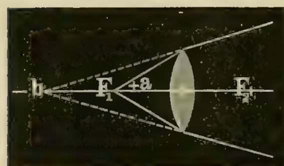
Es ist hierbei zu beachten, dass die Entfernung des Bildpunktes (b) ein positives Vorzeichen (Figur 9) hat, wenn derselbe sich auf der Seite der Convexlinse befindet, welche dem leuchtenden Punkte entgegengesetzt liegt. In diesem Falle sammeln sich die Strahlen in b zu einem wirklichen Bildpunkte, der auf einer Fläche, wie etwa in der Camera obscura der Photographen aufgefangen werden kann. Es ist ein reelles Bild von a.

9.

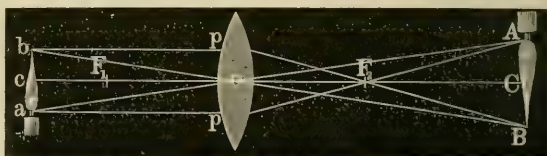
Haben wir beispielsweise dieselbe Linse, aber eine Entfernung des leuchtenden Punktes von nur 6 Zoll, so erhalten wir

$$\frac{1}{10} = \frac{1}{6} + \frac{1}{b}$$
$$-\frac{1}{15} = \frac{1}{b}$$
$$-15 = b.$$

Jetzt liegt, wie das negative Vorzeichen (Figur 10) angiebt, der Bildpunkt auf derselben Seite wo der leuchtende Gegenstand sich befindet. Die Strahlen, welche durch die Linse hindurchgegangen sind, werden zwar zusammen gebrochen,



10.



11.

aber doch nicht so stark, dass sie auf der anderen Seite ein reelles Bild geben könnten. Sie scheinen nur von einem etwas ferner gelegenen Punkte (b) zu kommen. Das Bild ist hier ein virtuelles.

Es ist klar und durch die Formel nachweislich, dass, wenn umgekehrt die Lichtstrahlen in Figur 9 von b ausgegangen sein würden oder in Figur 10 auf b zielende die Linse getroffen hätten, sie durch die Brechkraft derselben in a vereinigt werden würden. Wegen dieses gegenseitigen Verhältnisses zu einander bezeichnet man a und b als conjugirte Punkte: einmal ist a der Bildpunkt von b und das andere Mal ist b der Bildpunkt von a.

Wir haben bisher nur von einem leuchtenden Punkte gesprochen. Handelt es sich um einen leuchtenden Gegenstand, so wird sich sein Bild durch die geometrische Construction leicht bestimmen lassen, wenn wir nach obiger Formel die Entfernung desselben von der Linse haben. Es ist hierbei zu beachten, dass die Strahlen, welche durch den Knotenpunkt der Linse gehen — derselbe fällt bei der Biconvexlinse mit dem optischen Centrum (o) zusammen — (sogenannte Richtungsstrahlen) ungebrochen weiter laufen.

Soll die Lage des Bildpunktes von b (Figur 11), der dem Object acb angehört, construirt werden, so zieht man eine Verbindungslinie zwischen b und o und verlängert diese: es entspricht dies dem ungebrochen durch den Knotenpunkt der Linse gehenden Richtungsstrahl. Ferner zieht man eine Linie bp parallel der Hauptachse F_1F_2: von den parallel der Hauptachse die Linse treffenden Strahlen wissen wir, dass sie durch den Brennpunkt gehen: also bp geht nach F_2. Die Verlängerung dieser Linie schneidet die Verlängerung von bo in B und giebt uns damit die Lage des Bildpunktes von b. In gleicher Weise wird die Lage des Bildes von a construirt. Wir erhalten demnach von bca durch die Brechung der Linse ein reelles umgekehrtes, hier vergrössertes Bild in ABC. Andererseits würden Strahlen, die von ABC als leuchtendem Gegenstande ausgingen, sich in bac zu einem umgekehrten, verkleinerten Bilde vereinen. Die Grösse von ACB verhält sich zu der Grösse von acb wie ihre Entfernungen von der Linse: ACB : acb = Co : co. Die Entfernung, in der das Bild entsteht, lässt sich aber nach der Linsenformel leicht berechnen.

Befindet sich der Gegenstand (acb) innerhalb der Brennweite des Convexglases, so liegt, wie wir oben gesehen, das scheinbare Bild (ACB) auf derselben Seite der Linse wie der Gegenstand; es ist ein virtuelles, aufrechtes, vergrössertes Bild. Die Constructionslinien bo und bpF_2 schneiden sich nicht hinter der Linse, sondern in ihrer Rückwärtsverlängerung (Figur 12) auf derselben Seite (B), wo bca liegt. Wir erhalten alsdann in der Linsenformel $\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{b}$ den Werth von b (d. h. also hier die Entfernung Co) als negativ. In dieser Weise stellen sich uns die Gegenstände dar, wenn wir Convexlinsen als Lupen benutzen.

Concavlinsen. Der Brillenkasten enthält meist Biconcavlinsen. Bezüglich ihrer Construction, der Lage ihrer Brennpunkte und Krümmungsmittelpunkte gilt dasselbe, was von den Biconvexlinsen gesagt ist. Die Linsenformel ist die gleiche, wie die der Convexlinsen, nur, dass wir die Brennweite als negativ setzen: $-\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{b}$. Es sind

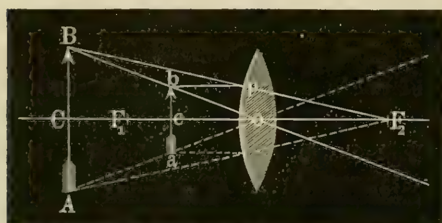
Linsen, welche parallel und divergent sie treffende Strahlen so zerstreuen, dass sie von einem näher gelegenen Punkte derselben Linsenseite zu kommen scheinen. Die Bildconstruction ergiebt sich aus Figur 13.

F_1 sei der virtuelle Brennpunkt (Figur 13), aus dem der Hauptachse parallele Strahlen, welche die Concavlinse treffen, nach der Zerstreuung zu kommen scheinen. Der Strahl b p von dem Object a c b wird demnach so gebrochen, als käme er aus der Richtung F_1 p; der Strahl b o geht (als durch den Knotenpunkt gezogen) ungebrochen. Beide Strahlen schneiden sich in B: dieses ist der Bildpunkt von b. Es entsteht danach ein virtuelles, aufrechtes und verkleinertes Bild (A C B). Die Entfernung desselben vom optischen Mittelpunkt (o) giebt uns die Linsenformel. Es sei z. B. f = 4, o c = 8, so ist

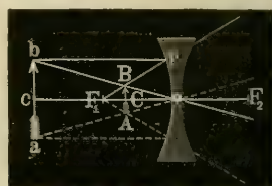
$$-\frac{1}{4} = \frac{1}{8} + \frac{1}{b}$$
$$-\frac{1}{4} - \frac{1}{8} = \frac{1}{b}$$
$$-\frac{3}{8} = -\frac{1}{2\frac{2}{3}} = \frac{1}{b}$$
$$b = -2\tfrac{2}{3}.$$

Damit ist auch die lineare Grösse des Bildes gegeben, denn b c a : B C A = 8 : $2^2/_3$.

Da die Gläser des Brillenkastens, wie wir gesehen, nicht nach ihrer Brennweite, sondern nach dem Radius der Kugelscheibe, auf der sie geschliffen sind, bezeichnet werden, so ist bei exacten, wissenschaft-



12.



13.

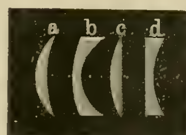
lichen Untersuchungen nöthig, ihre Brennweite direct zu bestimmen. Auch sonst hat man gelegentlich dies Bedürfniss, wenn die Optiker die Nummer überhaupt nicht eingeschliffen haben. Von **Snellen** und **Badal** sind zu dem Zwecke besondere Instrumente (**Phakometer**) angegeben. Für Convexgläser kann man die Brennweite einfach so bestimmen, dass man mit ihnen das umgekehrte scharfe Bild der Sonne oder eines weit abgelegenen Gegenstandes auf einer ebenen Fläche entwirft und die Entfernung zwischen Glas und Bild misst. Bei der Bestimmung von Concavgläsern benutzt man Convexgläser von bekannter Brennweite. Ist die Brennweite des Concavglases der eines bestimmten

Convexglases gleich, so wird, wenn man beide Gläser aufeinander legt, der durch die Gläser-Combination angesehene Gegenstand keine Veränderung im Aussehen erfahren, da man alsdann gleichsam durch planparalleles Glas sieht. Man macht den Versuch einfach so, dass man mit einem Auge durch die etwa 10 cm davor gehaltene Gläser-Combination nach dem horizontalen Balken eines Fensterkreuzes sieht und zwar in der Weise, dass ein Theil desselben frei, der angrenzende durch das Glas gesehen wird. Sieht man durch das Centrum des Glases, so bilden beide Theile eine einfache horizontale Linie. Verschiebt man nun das Glas nach unten, so beobachtet man, wenn die Brechkraft des Concavglases stärker ist, demnach die Linsencombination als Concavglas wirkt, dass das durch die Gläser gesehene horizontale Object eine scheinbare Bewegung macht und zwar gleichartig der Bewegungsrichtung: es rückt von oben nach



14.


15.



16.

unten. Ueberwiegt hingegen das Convexglas, so tritt bei diesem Hin- und Herschieben eine Scheinbewegung des Objectes in entgegengesetzter Richtung ein. Es beruht dies darauf, dass die prismatische Wirkung (siehe unten) der Convex- und Concavgläser zu Tage tritt, wenn man nicht central, sondern durch den Rand derselben blickt. Das Concavglas (Figur 14: —) wirkt als Prisma, dessen Basis dem Rande zu liegt, das Convexglas (+) als Prisma, dessen Kante dem Rande zu liegt. Auch bei Cylindergläsern kann man dies Verfahren anwenden, wenn man die Achse den Fensterbalken parallel hält. Ebenso lässt sich auf diese Weise das Centrum der Brillengläser bestimmen, was beim Einsetzen in die Gestelle von Bedeutung ist. Man muss hier die Stelle aussuchen, wo so wohl der horizontale, wie der vertikale Arm ungebrochen erscheinen: sieht man durch eine andere Stelle, so erscheinen sie verschoben (Figur 15).

Ausser den Biconvex- und Biconcavlinsen werden zu Brillen auch convex-concave und concav-convexe Gläser benutzt; dieselben werden von einer concaven Fläche auf der einen und einer convexen Fläche auf der anderen Seite begrenzt. Ist die concave Fläche stärker gekrümmt, so wirken sie zerstreuend (negativer Meniscus b Figur 16); ist die convexe stärker gekrümmt, als Sammelgläser (convexer Meniscus a).

Derartige Gläser haben den Vortheil (besonders wenn die concave Seite dem Auge zugekehrt ist), dass beim Blick durch den Rand derselben nur geringe Verzerrung der Bilder eintritt; man hat sie daher auch als „periskopische Brillen“ empfohlen, jedoch bieten nur die Concav-Gläser einen bemerkenswertheren Vortheil (Ostwalt). Ausser den genannten Gläsern hat man noch planconvexe (c Fig. 16) und planconcave Linsen (d). Doch werden diese wenig verwandt, da sie noch mehr als die Biconvex- und Biconcavlinsen diejenigen Lichtstrahlen, welche durch den Rand einfallen, unregelmässig brechen (sphärische Aberration); gemeinsam mit ihnen haben sie die prismatische Wirkung beim peripheren Durchblicken.

Die Zahl der in Gebrauch befindlichen Brillengläser ist eine ziemlich grosse; das Bedürfniss hat dazu geführt, besonders die Gläser von schwächerer Brechkraft verhältnissmässig zahlreicher zu führen. Wenn z. B. auf Linse $^1/_6$ die Linse $^1/_7$ (Differenz $^1/_{42}$) im Brillenkasten folgt, so folgt auf $^1/_{60}$ als schwächste $^1/_{80}$. Zwischen diesen beiden ist aber die Brechungsdifferenz nur $^1/_{240}$. Bereits Burow hatte 1864 dem Verlangen Ausdruck gegeben, gleiche Refractionsintervalle zwischen den einzelnen Brillengläsern zu lassen. Mit Einführung des Metermaasses hat man auch nach der Richtung einen weiteren Schritt gethan, jedoch haben die Bedürfnisse der Praxis sich einer vollkommen strengen Durchführung eines einheitlichen Refractionsintervalles widersetzt. 1875 wurde, besonders auf Antrieb von Nagel und Donders, zur Bestimmung der Brennweiten das Metermaass eingeführt. Hiermit war die Unzukömmlichkeit beseitigt, die darin lag, dass das Zollmaass nicht überall gleiche Grösse hatte. Als Grundlage des ganzen Systems wurde die Meterlinse (Ml) genommen, d. h. eine Linse, deren Hauptbrennweite gleich 1 Meter ist. Die Brechkraft dieser Linse bezeichnet man als 1 Dioptrie (Monoyer). Eine Linse von 2·0 Dioptrien hat eine doppelte Brechkraft; die Brennweite ist $^1/_2$ m. Eine Linse 3·0 hat eine Brennweite von $^1/_3$ m. u. s. f. Um geringe Refractionsintervalle zu haben, hat man 0·5 und 0·25 Dioptrien eingeschoben. Die schwächsten Gläser werden als Brüche von Dioptrien bezeichnet; 0·5 ist gleich einer Linse, deren Brennweite 2 m ist.

Es ist nicht zu leugnen, dass die frühere, beim Zollmaass übliche Bezeichnung der Linsenbrechkraft durch einen Bruch bequemer war, da die Brennweite sofort in dem Nenner hervortrat. Bei Dioptriebezeichnung bedarf es erst des Hineindividirens in 1 m, um die Brennweite zu erhalten. Sehr häufig kommt es alsdann, wenn man den Meterbruch in Centimetern ausdrücken will, zu irrationalen Zahlen; z. B. ist die Brennweite einer Linse 7·0 = $^1/_7$ m = 14·285714 . . . . cm!

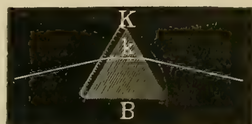
Die Umrechnung aus Zollmass in Dioptriebestimmung ist leicht.

Man setzt hierbei 1 m = 40 Zoll. Zwar hat der Meter eigentlich 38·23 Zoll. Da aber die biconvexen und biconcaven Brillengläser, wie wir gesehen, von den Brillenschleifern nach dem Radius der Krümmung bezeichnet werden, und dieser nur dann der Brennweite gleich kommt, wenn der Brechungsindex des Glases = 1·5 ist, so dürfte die Gleichsetzung der Brechkraft einer biconvexen oder biconcaven Linse von 40 Zoll Kugelradius, also $^1/_{40}$ = 1·0 Dioptrie dem wirklichen Werte ziemlich entsprechen, da bei dem gewöhnlich etwas höheren Brechungsindex des Glases die Brennweite eine kürzere wird als der Radius der Schleifung.

Will man die in Zoll angegebene Brechkraft einer Linse in Dioptrien umwandeln, so multiplicirt man den Bruch mit 40; will man Dioptrien in Brechkraft nach Zollen umwandeln, so dividirt man ihre Anzahl durch 40; z. B. $^1/_{20}$ = $^{40}/_{20}$ Dioptrien = 2·0; 5·0 D = $^5/_{40}$ = $^1/_8$ nach Zollmaass. — Um die nach Zollmaass bestimmten Brillengläser, bei welchen die Optiker auch die eingeritzte Numerirung meist mit ganzen Zahlen machen (also z. B. 8 statt $^1/_8$), von den nach Dioptrien bezeichneten zu unterscheiden, pflegt man letztere mit einer Decimalstelle zu versehen, beispielweise statt 8 Dioptrien 8·0 zu schreiben.

Die bisher besprochenen Linsen sind sphärische, da sie Kugelsegmenten entsprechen. Eine andere Form von Linsen, die aus Cylindern gewonnen sind, soll später (cfr. Astigmatismus) besprochen werden. —

Prismatische Brillen. Als Prisma bezeichnet man in der Optik ein durchsichtiges Medium, welches durch zwei gegen einander geneigte Flächen begrenzt wird. Die Kante K (Figur 17) des Prismas ist die Linie, in welcher sich die beiden Grenzflächen schneiden, respective hinreichend verlängert schneiden würden: die Basis ist irgend eine der Kante K gegenüberliegende Fläche B; der brechende Winkel ist der Winkel, welchen die beiden Flächen des Prismas miteinander machen (Winkel k). Nach der Grösse dieses Winkels wird das Prisma bezeichnet; also ist ein Prisma von 8 Grad ein solches, dessen Flächen sich unter einem Winkel von 8 Grad schneiden. In den Prismen unserer Brillenkästen ist Kante und Basis gewöhnlich leicht erkennbar, da sie die oben gezeichnete Form haben; bei der Anwendung als Brille giebt man ihnen eine runde Form und erschwert hierdurch in etwas die genaue Kenntniss der Lage der Basis.



17.

Strahlen, die in ein Prisma fallen, werden nach der Basis hin abgelenkt und zwar um so mehr, je grösser der brechende Winkel ist. Das Minimum der Ablenkung findet statt, wenn der einfallende und der

austretende Strahl mit dem Prisma gleiche Winkel einschliessen. Man kann für schwache Prismen den Ablenkungswinkel ungefähr gleich der Hälfte des Prismawinkels setzen, sodass ein Prisma von 10 Grad eine ungefähre Ablenkung von 5 Grad bewirkt. — Hält man sich ein stark brechendes Prisma (etwa 25 Grad) vor das linke Auge (Figur 18), mit der Basis nach aussen, und fixirt einen in einiger Entferung befindlichen Gegenstand (a), so sieht man denselben doppelt. Das rechte unbewaffnete Auge sieht nämlich den Gegenstand mit der Macula lutea, dem Centrum der Netzhaut, und projicirt ihn demnach auf die Stelle im Raume, wo er sich wirklich befindet. Die in das linke Auge fallenden Lichtstrahlen werden nach der Basis des Prismas, hier also nach aussen hin abgelenkt. Sie treffen nicht die Macula lutea, sondern einen temporal gelegenen Ort der Netzhaut; das hier entstehende Bild wird dementsprechend auf einen nasalwärts befindlichen Gegenstand (a_1) bezogen: es treten nebeneinanderstehende Doppelbilder auf. Dass die Ablenkung der Strahlen eine verschiedene ist je nach der Richtung, in der sie das Prisma treffen, oder mit anderen Worten je nach dem Winkel, unter dem sie einfallen, zeigt sich bei diesem Versuche leicht, wenn man das Prisma vor dem linken Auge um die verticale Achse so dreht, dass die Kante sich beispielsweise dem Auge abwendet: es wächst alsdann die Seitenentfernung zwischen den Doppelbildern.



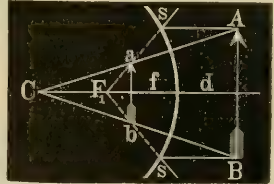
18.

Gehen verschieden gefärbte Strahlen durch ein Prisma, so erleiden sie eine verschieden starke Ablenkung. Am meisten wird das violette Licht, am wenigsten das rothe abgelenkt. Einfaches weisses Sonnenlicht wird hierdurch in seine Farben (Spectralfarben) zerlegt.

In den grösseren Brillenkästen finden sich Prismen von 1 bis 18 Grad. Für den Gebrauch in Brillengestellen bedient man sich nur der schwächeren Grade (etwa bis 6 Grad), weil sie sonst zu schwer sind und auch beim peripheren Durchblick starke Ablenkung und Farbenzerstreuung bewirken. Die Einführung der prismatischen Brillen in die praktische Ophthalmologie ist von Donders ausgegangen, ebenso die der stenopäischen Apparate. Letztere bestehen in undurchsichtigen Schalen oder Platten mit kleinen runden Oeffnungen oder linearen Schlitzen. Ihr Name rührt von στενός eng und ὀπή Oeffnung her. Sie gestatten dem Lichte nur durch die betreffende Oeffnung Zutritt zum Auge und schliessen so einen grossen Theil der Strahlen aus. Dies ist bisweilen von Vortheil, wenn in dem ausgeschlossenen Gebiete der Cornea eine so unregelmässige Brechung vorhanden ist, dass Sehstörungen daraus erwachsen. Auch die Abhaltung der peripheren, diffusen Netzhaut-

beleuchtung durch die Sclera ist bei der erzielten Verbesserung der Sehschärfe in einzelnen Fällen von Bedeutung.

Messinstrumente für kleinste Bildobjecte. Die Bestimmung des Krümmungsradius der Cornea ist mittels des Ophthalmometers von Helmholtz ausgeführt worden. Sie beruht darauf, dass die Hornhaut wie ein Convexspiegel (oder etwa wie die in Gärten aufgestellten spiegelnden Kugeln) wirkt und von entfernten Gegenständen verkleinerte, aufrechte Bilder entwirft. Die Construction dieser Bilder ist aus Figur 19 ersichtlich. Man zieht nach der Spiegel-Oberfläche von dem Objectpunkt A eine mit der Hauptachse parallel laufende Linie A s. Der in dieser Richtung laufende Lichtstrahl geht durch den Brennpunkt F_1; dann zieht man von A nach dem Krümmungsmittelpunkt des Spiegels C eine Linie: der entsprechende Strahl geht direct und ungebrochen. Wo s F_1 und A C sich schneiden (a), liegt das Bild von A.



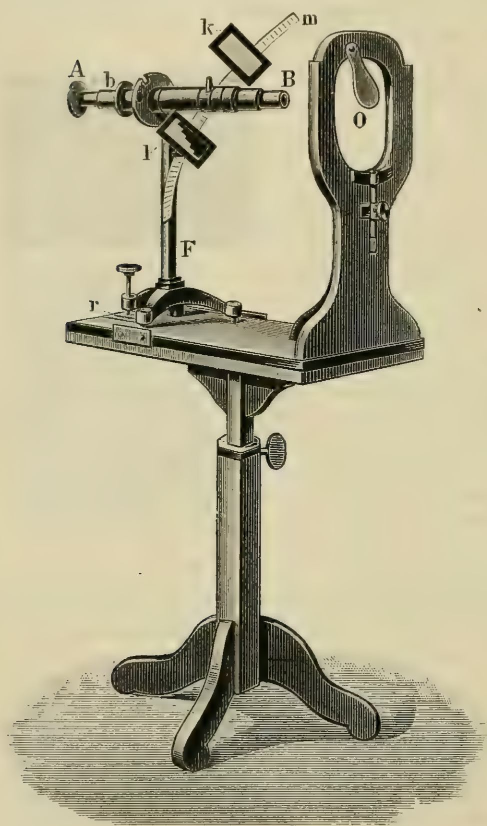
19.

Diese Bilder sind grösser, wenn der Krümmungsradius des Spiegels grösser ist, kleiner bei kleinerem Krümmungsradius, da die Brennweite der Convexspiegel gleich der Hälfte ihres Krümmungradius ist und, wie wir ähnlich bei Convexlinsen bereits gesehen, die Grösse des Gegenstandes zur Grösse des Bildes sich verhält wie die Entfernung des Gegenstandes von der Spiegelfläche zur Entfernung des Bildes. Ist der Gegenstand so weit entfernt oder so klein, dass man die von ihm kommenden und die Mitte des Spiegels treffenden Strahlen als annähernd parallel betrachten kann, so wird sich sein Bild in dem Brennpunkt des Spiegels (F_1) entwerfen. Es ist in diesem Falle $\frac{AB}{ab} = \frac{d}{f}$, wo d die Entfernung des Gegenstandes von der Spiegelfläche und f die Entfernung des Brennpunktes von derselben, also die Brennweite ausdrückt. Da aber die Brennweite des Convexspiegels gleich dem halben Krümmungsradius ist, so wird $\frac{AB}{ab} = \frac{d}{1/2\,r}$ oder $1/2\,r = \frac{a\,b\,.\,d}{AB}$.

Stellt man einen Gegenstand von bekannter Grösse (A) in einer nicht zu kleinen Entfernung (d) vom Auge auf und misst das hinter der Hornhaut entstehende Spiegelbild (a), so erhält man nach dieser Formel den Krümmungsradius. Das Helmholtz'sche Ophthalmometer benutzt die Verschiebung, welche ein durch schiefgehaltene Glasplatten gesehener Gegenstand erfährt, um die kleinen Spiegelbilder zu messen. Indem vor einem Fernrohr zwei plane, nebeneinander liegende und sich mit der Kante berührende Glasplatten in entgegengesetzter Richtung gedreht werden, wird das fixirte Bild von der einen Platte nach rechts, von der anderen nach links verschoben. Ist die Verschiebung so weit erfolgt, dass sich die beiden Bilder gerade noch mit ihren Rändern berühren, so ist diese Verschiebung natürlich gleich der Grösse der Bilder. Wenn an dem Ophthalmometer vorher empirisch festgestellt worden, dass eine Drehung der Glasplatten um so und so viel Grad eine Verschiebung des Bildes von so und so viel Millimetern bewirkt, kann man aus der Drehung die Grösse des beobachteten Bildes auf das Genaueste bestimmen.

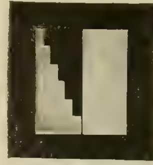
Der Javal-Schiötz'sche Apparat (Figur 20) hat den Vortheil besserer praktischer Verwendbarkeit. Hier ist die Grösse des Hornhautspiegelbildes constant, aber die Grösse des gespiegelten Objectes veränderlich. Als letzteres

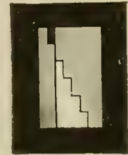
dient der an Grösse veränderliche Zwischenraum zwischen zwei weissen Porzellan-Figuren (k,l), die auf einem drehbaren Kreisbogen (m) verschiebbar sind. Das Spiegelbild auf der Hornhaut betrachtet man nicht direct, sondern durch ein an dem Kreisbogen befindliches Fernrohr (AB), dessen dem beobachteten Auge zugewandtes Ende ein Objectiv trägt. Letzteres entwirft einmal durch zwei Convexlinsen ein umgekehrtes vergrössertes Bild des Hornhautbildes und zweitens verdoppelt es dasselbe durch ein zwischen den Linsen befindliches doppelbrechendes Kalkspath-Prisma (wie es früher bereits von Coccius benutzt wurde) oder durch zusammengesetzte Glasprismen, wie in den Apparaten von Kagenaar in Utrecht. Die Wirkung dieser Verdoppelung ist eine solche, dass bei einer Entfernung des Kreisbogens bez. des gespiegelten Objectes von 350 mm von der beobachteten Cornea ein Corneabild, welches die Breite von 3 mm hat, in der Weise doppelt erscheint, dass die Ränder sich gegenseitig berühren. Da, wie erwähnt, das gespiegelte Object durch zwei weisse Figuren, von denen das eine 6 treppenförmige Einschnitte besitzt, begrenzt wird, sieht man durch die Verdoppelung des Kalkspathprismas ein Corneabild, welches 4 Figuren zeigt: durch Aneinander- oder Abrücken der Platten auf dem Kreisbogen kann man bewirken, dass die beiden inneren, das einfache Viereck und das mit treppenförmigen Einschnitten (cf. Figur 21), sich gerade berühren: alsdann ist das Corneabild 3 mm gross. Die Entfernung der beiden Figuren von einander in diesem Moment — also die Grösse des das Spiegelbild liefernden Zwischenraumes — ist auf dem Kreisbogen zu messen. Hieraus, aus der bekannten Grösse des Corneabildes und der Entfernung des Objectes von der Cornea lässt sich der Cornea-Radius, beziehentlich die Brechung der Cornea berechnen. Der grosse Vorzug des Javal-Schiötz'schen Ophthalmometers besteht nun darin, dass bei der oben erwähnten Entfernung des gespiegelten Objectes von der Cornea und Annahme eines Brechungs-Index von 1·35 für letztere, die bei der Berührung der Spiegelbilder vorhandene Stellung der Platten auf dem Kreisbogen es erlaubt, ohne weiteres den Hornhautradius und die Hornhautbrechung zu erkennen. Je 6 mm Abstand der Figuren auf dem Kreisbogen zeigen eine Dioptrie Cornea-Brechung an. Da der Kreisbogen in



20.

6 mm grosse Abschnitte getheilt ist, kann man die Dioptrie-Zahl einfach ablesen. Um den Hornhaut-Radius zu ermitteln, dividirt man mit der für die Brechung gefundenen Dioptrie-Zahl in 350; also beispielsweise bei 35 Dioptrie Hornhautbrechung beträgt der Hornhautradius 10 mm. An den Utrechter Ophthalmometern ist — bei Annahme eines Brechungs-Index der Hornhaut von 1,337 — der Radius der Hornhaut so angegeben, dass mit der gefundenen Dioptrie-Zahl in 337 dividirt wurde. Durch Drehung des Kreisbogens lässt sich die Refraction in den verschiedenen Meridianen der Hornhaut schnell bestimmen; die Hauptmeridiane (d. h. der schwächst- und der stärkstbrechende Meridian) pflegen in der Regel senkrecht aufeinander zu stehen. Die Bestimmung der bei Astigmatismus vorhandenen Abweichungen wird noch dadurch erleichtert, dass, wenn die Platten in der Stellung, in welcher sich die Spiegelbilder in einem Meridian berührten, stehen bleiben, sie in dem darauf senkrechten Meridian entweder sich decken (cf. Figur 22) oder von einander abstehen. Würde man sie beim Abstehen durch Verschieben aneinander bringen, so müssten sie, falls man jetzt den ersten untersuchten Meridian wieder einstellte, natürlich hier sich decken. Da die Treppenstufen des einen Viereckes je eine Breite von 6 mm haben, so wird jede gedeckte Treppenstufe 1 Dioptrie schwächere Brechung als in dem vorigen Meridian anzeigen. Die Deckung der Treppenstufen zeigt nämlich, dass das gespiegelte Hornhautbild zu gross ist (grösser als 3 mm); der betreffende Hornhautmeridian hat also das Object zu stark vergrössert. Um das zur einfachen Berührung der Figuren-Ränder erforderliche kleinere Hornhautbild zu erhalten, muss man das Object vergrössern, d. h. die Platten weiter auseinander rücken. — Bei der Anwendung des Instrumentes, das besonders für schnelle Bestimmung des regelmässigen Astigmatismus Nutzen bietet, stellt der Untersucher erst sein Auge durch Verschieben des Oculars auf einen im Innern des Instrumentes befindlichen Faden genau ein, indem er das Fernrohr zur Beleuchtung auf ein an der Seite des Kopfgestelles angebrachtes Porzellanplättchen richtet. Der Faden befindet sich an der Stelle, an welcher das von den Objectivlinsen gelieferte Corneabild entworfen wird. Alsdann stellt er die Cornea des zu Untersuchenden ein, indem er den Fuss des Intrumentes F nach vorn oder rückwärts schiebt, beziehentlich durch die Schraube r das Objectiv B hebt oder senkt, bis er die Spiegelbilder scharf auf der Hornhaut des Untersuchten, der sein Gesicht durch die Oeffnung O des Kopfhalters steckt, erblickt und bringt nun durch Verschieben der Porzellan-Platte l — (k kann man mit seinem inneren Rande auf dem Theilstrich 20 des Kreisbogens [d. h. 20×6 mm von der Mitte des Fernrohr-Tubus entfernt = 20 Dioptrien] festgestellt lassen) — die Spiegelbilder auf der Hornhaut zur Berührung. Falls eine Höhendifferenz der Figuren hierbei hervortritt, so zeigt dies natürlich von einer unregelmässigen Brechung des eingestellten Hornhautmeridians, vorausgesetzt, dass sich nicht etwa der Reifen, auf dem die Platten laufen, etwas verbogen hat. Man muss dann einen Meridian wählen, in welchem die Figuren in gleicher Höhe nebeneinander stehen. Dieser Meridian entspricht einem Hauptmeridian des astigmatischen Auges. Bei Benutzung des Tageslichts sitzt der zu Untersuchende mit dem Rücken, aber etwas schräg, gegen das Fenster; es ist angenehm, wenn das Zimmer nur von einem Fenster beleuchtet wird. Künstliche Beleuchtung würde über dem Kopfhalter anzubringen sein.


21.


22.

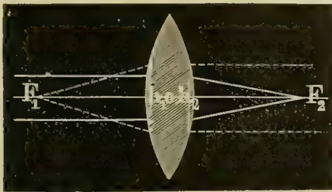
2. Physiologische Optik.

Die Grösse des Hornhautradius ist an der Stelle, wo die Cornea von der Sehlinie geschnitten wird, bei normal brechenden Augen im Durchschnitt nach Donders 7·8 mm; jedoch haben die mit dem Javal-Schiötz'schen Instrumente jetzt leicht ausführbaren Massen-Bestimmungen ergeben, dass grosse individuelle Schwankungen vorkommen, die zum Theil mit der Körpergrösse der Untersuchten in Verbindung stehen. Der Radius des verticalen Meridians weicht von dem des horizontalen meist in der Art ab, dass ersterer kleiner ist, die Cornea demnach in verticaler Richtung eine stärkere Krümmung zeigt. Der Krümmungsradius der vorderen Linsenfläche beträgt 10 mm, der der hinteren 6 mm: doch sind dies nur Durchschnittszahlen. Das Brechungsvermögen der Cornea, des Glaskörpers und des Kammerwassers ist circa 1·33, das der Krystalllinse 1·43.

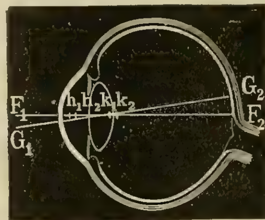
Auf Grund dieser Bestimmungen hat man sich zum Zwecke optischer Betrachtungen und Berechnungen ein schematisches Auge construirt, welches die zur Berechnung von zusammengesetzten optischen Systemen erforderliche Lage der sogenannten Cardinalpunkte angiebt. Bei jedem centrirten Systeme (d. h. einem Systeme, bei dem die Centren der sphärischen Flächen auf einer geraden Linie, der Hauptachse des Systems, liegen) haben wir drei Paare von Cardinalpunkten. Ein Paar lernten wir bereits bei den Biconvexlinsen genauer kennen: die Brennpunkte. Wir unterscheiden den ersten (vorderen) Brennpunkt (f_1), in dem sich von rechts auf das optische System kommende, der Hauptachse parallele Strahlen zu einem Punkte vereinigen, und den zweiten (hinteren) Brennpunkt (f_2), der den Vereinigungspunkt eben solcher von links kommenden Strahlen bildet (Figur 23). Als Brennweite (1. respective 2.) bezeichneten wir den Abstand des Brennpunktes vom optischen Centrum. Es ist dies aber nur annähernd richtig: die Brennweite ist der Abstand des Brennpunktes (1. resp. 2.) von dem Hauptpunkte (1. resp. 2.). Die beiden Hauptpunkte (oder die durch sie senkrecht zur optischen Achse gelegten Hauptebenen) werden dadurch charakterisirt, dass im zweiten das gleichgrosse und gleichgerichtete Bild eines im ersten befindlichen Leuchtobjectes entstehen würde, wenn die Strahlen die Brechung des ganzen Systems durchgemacht haben. Das dritte Paar der Cardinalpunkte: die Knotenpunkte sind dadurch bestimmt, dass jeder Strahl, der vor der Brechung durch den ersten Knotenpunkt geht, nach der Brechung durch den zweiten geht und dabei seiner ersten Richtung parallel bleibt. Ihr Abstand von einander ist gleich dem der Hauptpunkte von einander. Die beiden Knoten-

punkte fallen bei der Biconvexlinse mit den beiden Hauptpunkten zusammen ($h_1 = k_1$ und $h_2 = k_2$), wenn die Linse vor und hinter sich ein gleiches Medium hat. Wir hatten bereits gesehen, dass unter dieser Voraussetzung auch die beiden Hauptbrennweiten gleich waren: ein Satz, der sich darauf gründet, dass bei optischen Systemen die beiden Hauptbrennweiten sich verhalten wie die Brechungsexponenten des ersten und des letzten Mediums.

Beim Auge, wo die Strahlen aus Luft in die doch stärker brechenden Augenmedien gehen, sind die erste (vordere) und zweite (hintere) Brennweite nicht gleich. Für das von Listing construirte schematische Auge hat Helmholtz (1886) folgende Zahlenangaben gemacht: der vordere Brennpunkt liegt 13.745 mm vor dem Hornhautscheitel; der erste Hauptpunkt 1·735 mm, der zweite 2·106 mm, der erste Knotenpunkt 6·968, der zweite Knotenpunkt 7·321, der zweite Brennpunkt



23.



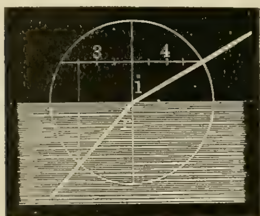
24.

22.819 mm hinter dem Hornhautscheitel. $F_1 F_2$ (Figur 24) ist die optische Augenachse; dieselbe fällt nicht zusammen mit der Seh- und Gesichtslinie $G_1 G_2$ (Verbindung zwischen Macula lutea und dem angesehenen Object). Im horizontalen Durchschnitt geht letztere meist nach innen von ersterer durch die Hornhaut.

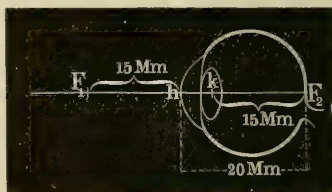
Für die Berechnungen in der ophthalmologischen Praxis genügt die Zugrundelegung eines noch mehr vereinfachten Augenschemas, des reducirten Normalauges von Donders. Dasselbe wird repräsentirt durch eine einzige gekrümmte brechende Fläche von 5 mm Radius. Der gemeinsame Hauptpunkt liegt im Scheitel, der gemeinsame Knotenpunkt 5 mm dahinter im Krümmungsmittelpunkt. Vor dem Auge befindet sich Luft, in demselben Wasser.

Der Brechungsindex des Wassers (n) beträgt $^4/_3$, d. h., wenn ein Lichtstrahl aus Luft in Wasser übergeht, so wird er in der Weise abgelenkt, dass sich der Sinus des Einfallwinkels i zum Sinus des Brechungswinkels r wie 4 : 3 verhält $\left(\frac{\sin i}{\sin r} = n\right)$ (Fig. 25). Umgekehrt verhält sich der aus Wasser in Luft gehende Lichtstrahl; sein Brechungsex-

ponent ist 3:4. — Der grösste Werth, den der Einfallswinkel i haben könnte, wäre 90 Grad; hier liefe der Lichtstrahl parallel der Wasseroberfläche. In diesem Falle ist $\sin i = \sin 90^0 = 1$, also $\frac{1}{\sin r} = n$; $\sin r = \frac{1}{n} = {}^3/_4 = 0{\cdot}75$. Da $0.75 = \sin 48^0\ 35'$ ist, so ist dies der Grenzwinkel für Luft und Wasser. Träfe ein im Wasser laufender Lichtstrahl unter diesem Winkel (r) die Oberfläche des Wassers, so würde er beim Uebergang in die Luft parallel der Trennungsfläche verlaufen. Ist der



25.



26.

Winkel (r) aber grösser, so wird Winkel i grösser als 90 Grad, d. h. der im Wasser laufende Lichtstrahl tritt gar nicht in die Luft über, sondern wird an der Trennungsfläche so reflectirt, dass er im Wasser bleibt und in entsprechender Richtung zurückgeworfen wird. Man bezeichnet dies als totale Reflection. Dieselbe (— soweit sie zwischen Luft und Glas, wo $n = {}^2/_3$ ist, in Wirkung tritt —) findet bei manchen Augenspiegeln ihre Verwerthung.

Die vordere Brennweite (F_1h Figur 26) des reducirten Auges beträgt 15 mm, die hintere (F_2h) 20 mm.

Die optischen Berechnungen sind nach der Formel $\frac{F_1}{f_1} + \frac{F_2}{f_2} = 1$ zu machen: hierbei ist F_1 die erste Hauptbrennweite, F_2 die zweite Hauptbrennweite. f_1 ist die Entfernung des Objectes von dem Hauptpunkt und f_2 die des Bildes von ihm: beim emmetropischen Auge ist f_2 gleich der angenommenen Augenachse (20 mm). Demnach ist $f_1 = \frac{F_1 \cdot f_2}{f_2 - F_2}$ und $f_2 = \frac{F_2 \cdot f_1}{f_1 - F_1}$. Auch die Seite 27 angeführte Formel $l_1\, l_2 = F_1\, F_2$ lässt sich benutzen.

3. Refraction und Accommodation.

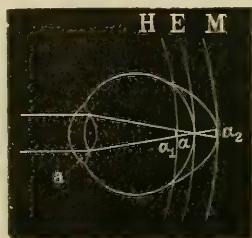
I. Refraction. Das schematische Auge giebt uns das Bild eines normal brechenden Auges im Ruhezustand. Danach ist letzteres für parallele Strahlen eingestellt; die Netzhaut liegt im Brennpunkt des optischen Systems. Donders, dem wir neben Stellwag die Klärung

dieser Verhältnisse vorzugsweise verdanken, hat die Bezeichnung „emmetropisches Auge" für dasselbe eingeführt (ἔμμετρος modum tenens, ὤψ oculus). Wir können demnach ein emmetropisches Auge als ein solches definiren, welches parallel einfallende Strahlen in einem Punkte auf der Netzhaut vereinigt. Es gilt das aber nur für central einfallende Strahlen, die sich in der Macula lutea oder deren Umgebung vereinigen; peripher einfallende parallele Strahlen vereinigen sich auch im emmetropischen Auge nicht zu einem scharfen Bilde auf der Netzhaut.

Vorausgesetzt ist, wie bereits hervorgehoben, dass sich das Auge im Ruhezustande befindet, d. h. dass die Accommodation, welche durch Vermehrung der Krümmung der Krystalllinse uns befähigt, auch Strahlen, die aus grosser Nähe kommen, auf der Netzhaut zu einem scharfen Bilde zu vereinigen, — vollständig abgespannt oder aufgehoben ist.

Alle Refractionsbestimmungen haben es mit dem ruhenden, demnach für seinen Fernpunkt eingerichteten Auge zu thun. Der Fernpunkt des emmetropischen Auges liegt in der Unendlichkeit, da es die von dort kommenden parallelen Strahlen auf seiner Netzhaut vereinigt.

Augen, bei denen sich — immer die Accommodationslosigkeit vorausgesetzt — parallele Strahlen nicht auf der Netzhaut in einem Punkte vereinigen, heissen ametropische. In der Regel ist diese Anomalie nicht durch eine Verschiedenheit der Brechkraft dieser Augen (Brechungsametropie), sondern durch eine abweichende Länge der Augenachsen (Achsenametropie) bedingt. Ist die Achse zu lang, so besteht Myopie (Brachymetropie, Kurzsichtigkeit), ist sie zu kurz, Hypermetropie (Hyperopie, Uebersichtigkeit). Wie Figur 27 zeigt, liegt der Brennpunkt α ($= F_2$) — gleiche Brechung der Medien in den verschiedenen Augen vorausgesetzt — bei dem längeren myopischen Auge vor der Netzhaut M, beim hyperopischen hinter der Netzhaut H: es werden also in beiden Fällen auf der ametropischen Netzhaut von unendlich entfernten leuchtenden Punkten, die parallele Strahlen entsenden, keine scharfen Bilder, sondern Zerstreuungskreise (bei H in α_1, bei M in α_2) entstehen.

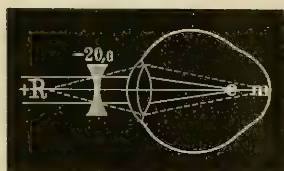


27.

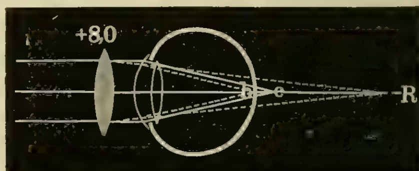
Will das myopische Auge parallele Strahlen auf seiner Netzhaut vereinigen, so bedarf es der Concavgläser. Durch letztere werden die parallelen Strahlen zerstreut und in divergirende umgewandelt. Ist das

Glas für die betreffende Länge der Augenachse richtig gewählt, so macht es die Strahlen gerade so divergent, dass sie sich, wenn die Brechung der Augenmedien weiter auf sie einwirkt, zu einem Punkte (scharfem Bilde) auf der Netzhaut (m Figur 28) sammeln. Den Grad der Kurzsichtigkeit drückt die Brechkraft des corrigirenden Concavglases aus. Bekommt ein Kurzsichtiger z. B. mit — 20·0 (concav $^1/_2$ nach Zollen) von parallelen Strahlen ein scharfes Bild, so bezeichnet man die Kurzsichtigkeit als = 20·0 oder M(yopie) 20·0 (respective nach Zollmass M $^1/_2$). Concav 20·0 zerstreut parallele Strahlen so, als ob sie aus $^1/_{20}$ m Entfernung kämen (+ R Figur 28). Sehen wir von der etwaigen Entfernung des vorgehaltenen Concavglases vom Auge ab, so ist damit zugleich gesagt, dass das betreffende Auge optisch eingerichtet ist für divergente Strahlen, die aus $^1/_{20}$ m Entfernung kommen: sein Fernpunkt (R) liegt 5 cm vor dem Auge.

Das hypermetropische Auge bedarf der Convexgläser, um parallele Strahlen auf seiner Netzhaut zu vereinigen. Da seine Achsenlänge kürzer ist als im emmetropischen Auge, würden parallele Strahlen — wiederum gleiche Brechkraft der optischen Medien vorausgesetzt — sich



28.



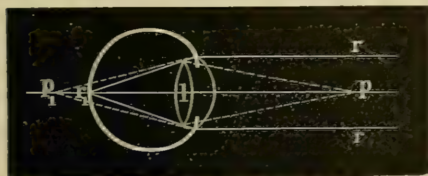
29.

erst hinter der Netzhaut zu einem Punkte (e Figur 29) sammeln. Durch Wahl eines entsprechend starken Convexglases wird die Vereinigung der Strahlen auf der Netzhaut (h) erreicht; die Brechkraft des corrigirenden Convexglases drückt den Grad der Hyperopie aus. Sieht ein Hypermetrop z. B. mit 8·0 scharf in die Ferne, so ist seine Hypermetropie 8·0. Sein Auge ist eigentlich eingestellt für convergent in dasselbe fallende Lichtstrahlen; der Fernpunkt des Auges liegt an der Stelle, wo diese Strahlen — falls die Brechung des Auges nicht einwirken würde — zur Vereinigung kämen, d. h. hier hinter dem Auge (—R). Man sagt, um diese Lage und Strahlen-Richtung anzudeuten: das hyperopische Auge hat einen negativen Fernpunkt, und zwar würde derselbe in unserem Beispiele $^1/_8$ m hinter dem Auge liegen.

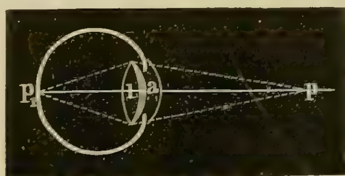
Tabellarisch kann man die drei Refraktionszustände so charakterisiren:

	Emmetropie.	Myopie.	Hyperopie.
Parallele Strahlen vereinigen sich	auf der Netzhaut	vor der Netzhaut	hinter der Netzhaut
Der Fernpunkt (punct. remotissimum = R) liegt	in der Unendlichkeit (∞)	in einer bestimmten endlichen Entfernung vor dem Auge (+)	in einer bestimmten endlichen Entfernung hinter dem Auge (—)
Das Auge ist im Ruhestand eingerichtet	für parallele Strahlen	für divergente Strahlen	für convergente Strahlen
Es sieht im Ruhezustand in die Ferne (∞)	ohne Glas	mit Concavgläsern	mit Convexgläsern

II. Accommodation. Das Auge vermag in verschiedenen Entfernungen deutlich zu sehen, indem es auf die betreffenden Lichtstrahlen sich optisch einstellt oder „accommodirt". Bei Aufhebung der Accommodation ist es auf seinen Fernpunkt eingerichtet. Strahlen, die von einem näher gelegenen Punkte (p Figur 30) jetzt das Auge träfen,



30.

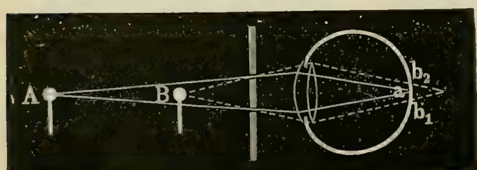


31.

würden sich erst hinter der Netzhaut vereinigen, auf der Netzhaut aber ein verschwommenes Bild geben. Bei einem emmetropischen (also für parallele Strahlen eingerichteten) Auge würden die von p kommenden Strahlen beispielweise in p_1 zusammentreffen. Sollen dieselben auf der Netzhaut vereinigt werden, so muss eine stärkere Brechkraft auf sie wirken. Dieselbe wird dadurch erreicht, dass die Krystalllinse l sich etwas stärker krümmt; es legt sich gleichsam zu ihrer eigenen Brechkraft noch die Brechkraft der schraffirt gezeichneten Convexlinse a (Figur 31) hinzu. Ist diese Zunahme der Brechkraft entsprechend der

Divergenz der aus dem Punkte p kommenden Strahlen, so werden sich dieselben nunmehr auf der Netzhaut zu dem Punkte p_1 vereinigen: p wird scharf gesehen werden. Natürlich hat diese Zunahme der Brechkraft (um a Dioptrien) zur Folge, dass jetzt parallele Strahlen sich schon vor der Netzhaut vereinigen werden, also undeutliche Bilder entwerfen. In einem gegebenen Zeitmomente kann das Auge nur für eine einzige Entfernung optisch genau eingestellt sein.

Es ist dies leicht zu constatiren. Sieht man beispielsweise durch eine mit Bläschen oder sonstigen kleinen Unreinlichkeiten versehene Fensterscheibe einen ausserhalb befindlichen Gegenstand an, so erscheint dieser scharf; von den Bläschen der Fensterscheibe wird kaum etwas wahrgenommen, da von ihnen nur Zerstreuungskreise die Netzhaut treffen. Richten wir aber auf die Fensterscheibe unsere Aufmerksamkeit, so treten die Bläschen und Unreinlichkeiten scharf hervor und das früher fixirte Object wird verschwommen. Gewöhnlich dient zu einer ähnlichen Beweisführung der Scheiner'sche Versuch, bei dem man ein undurchsichtiges Kartenblatt benutzt, in welches dicht nebeneinander zwei kleine Löcher gestochen sind. Diese Löcher stehen so nahe, dass sie vor das Auge gehalten noch beide in das Gebiet der Pupille fallen. Blickt man durch sie nun auf einen kleinen Gegenstand, etwa einen Stecknadelknopf (A), so erscheint derselbe bei guter Accommodation scharf und einfach. Hält man aber eine zweite Nadel vor oder hinter die erste, während man diese dauernd fixirt, so erscheinen die Bilder der zweiten (B) verschwommen und doppelt. Dasselbe geschieht, wenn man mit der ersten Nadel so weit ab oder so nahe herangeht, dass das Auge nicht mehr darauf accommodiren kann. Das Doppeltsehen erklärt sich aus Figur 32. Die von B ausgehenden Strahlen vereinigen sich erst hinter der Netzhaut und bilden auf der Netzhaut zwei Zerstreuungskreise b_1 und b_2, die durch einen unbeleuchteten Raum, welcher dem zwischen den Löchern befindlichen Stückchen des Kartenblattes entspricht, getrennt sind.



32.

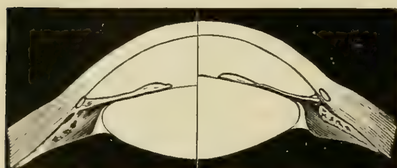
Die Krümmungsveränderung der Krystalllinse bei der Accommodation für die Nähe lässt sich am lebenden Auge nachweisen. Wenn man von der Seite ins Auge blickt, tritt besonders deutlich die Zunahme der Convexität der vorderen Linsenfläche hervor, mit der ein gleichzeitiges Vorrücken des Pupillenrandes gegen die Cornea verknüpft ist. Aber auch die hintere Linsenfläche vermehrt ihre Krümmung, wenngleich in geringerem Grade. Die Linse wird demnach beim Nahesehen dicker. Die betreffenden Veränderungen sind genau studirt, indem man — wie bei Messung der Hornhautkrümmung — die von der Linse gelieferten Spiegelbilder maass (M. Langenbeck,

Cramer, Helmholtz): bei Zunahme der Krümmung tritt eine Verkleinerung derselben ein. Stellt man in einem sonst dunklen Zimmer zur Seite und in gleicher Höhe des beobachtenden Auges eine Lampe so, dass ihre Lichtstrahlen in die Pupille des Auges fallen, so erkennt man, von der entgegengesetzten Seite in das Auge blickend, die verkleinerten Spiegelbilder der Lampe und zwar erstens ein sehr helles, aufrechtes, das von der als Convexspiegel wirkenden Hornhaut geliefert wird: weiter ein sehr viel schwächeres, verwischteres, aber grösseres von der ebenfalls convexen vorderen Linsenfläche und schliesslich ein kleineres, als helles Pünktchen erscheinendes umgekehrtes Flammenbild von der concaven hinteren Linsenfläche. Accommodirt das beobachtete Auge sich nun für die Nähe, so wird das Bild der vorderen Linsenfläche kleiner und nähert sich auch meist mehr der Mitte der Pupille (Purkinje-Sanson'scher Versuch).

Von sonstigen Veränderungen, die man beim Accommodationsact beobachtet, ist die Verengerung der Pupille — verknüpft mit einer geringen Verschiebung nasalwärts — von Bedeutung. Eine Pupillenverengerung wird ebenfalls beobachtet, wenn beide Augen auf einen nahe gelegenen Punkt convergiren, also gleichzeitig mit der Contraction der M. recti interni. Unter gewöhnlichen Verhältnissen verbindet sich diese Convergenz der Sehachsen in der Regel mit einer entsprechenden Accommodation auf den fixirten Punkt, und es wäre schwer zu sagen, ob die Pupillenverengerung mit der Convergenz oder mit der Accommodation associirt ist. Da man aber auch, ohne die Convergenz zu wechseln, seine Accommodation ändern kann, sei es durch Uebung oder durch Vorlegen von Concavgläsern, unter denen das Auge bei beibehaltener Fixation eines bestimmten Punktes anders accommodiren muss, so lässt sich erweisen, dass sich schon allein mit der Accommodation eine Pupillenverengerung verknüpft. Allerdings finde ich, dass Accommodation und Convergenz eine stärkere Pupillencontraction hervorrufen als erstere allein. Im Uebrigen hat Pupillenverengerung keinen directen Einfluss auf das Zustandekommen der Accommodation. Es sind Fälle bekannt, wo bei fehlender Iris volle Accommodationsfähigkeit bestand (v. Graefe). Noch sei erwähnt, dass bei der Accommodation die Ciliarfortsätze nach vorn und cornealwärts rücken, und weiter das Czermack'sche Accommodationsphänomen. Letzteres zeigt sich in Gestalt eines leuchtenden Kreises, der im Dunkeln beim Versuch der Nahe-Accommodation eintritt. Eine Zunahme des intraocularen Druckes bei der Accommodation, wie öfter behauptet, ist nach den Untersuchungen von Hess und Heine nicht nachweisbar. Dass durch andere Momente, etwa Veränderungen in der Krümmung der Hornhaut oder Verlängerung der Augenachse durch Druck der äusseren Augenmuskeln die Accommodation für die

Nähe bewirkt werden könnte, ist nicht erwiesen, trotzdem neuerdings wieder diese Anschauung betreffs des (scheinbaren) Accommodationsvermögens von Star-Operirten Vertreter gefunden hat (Förster, Schneller).

Die Veränderung der Krystalllinsenkrümmung bei der Accommodation wird durch die Thätigkeit des M. ciliaris s. tensor chorioideae (Brücke) bewirkt. Nach Helmholtz, dessen Annahmen durch die späteren Untersuchungen (besonders von Hensen und Völckers) gestützt wurden, erklärt sich der Accommodationsact infolgender Weise. Die zwischen dem Corp. ciliare und dem Linsenrand gleichsam als Aufhängeband der Linse liegende Zonula Zinnii ist im Ruhestande des Auges (Einstellung für den Fernpunkt) so gespannt, dass die der Linse innewohnende Krümmungstendenz — aus dem Auge genommen zeigt die Linse eine erheblich stärkere Krümmung — nicht zur Wirkung kommen kann. Durch die Contraction der circulären Fasern des M. ciliaris (cfr. die Anatomie des Uvealtractus) wird der die Linse umschliessende Kreis verkleinert und damit die Zonula entspannt; diese Entspannung wird dadurch unterstützt, dass gleichzeitig die longitudinalen Fasern des M. ciliaris, deren vorderer Ansatzpunkt in der Gegend des Sclerallimbus, deren hinterer an der Peripherie der Chorioidea liegt, diese letztere Membran nach vorn ziehen. Die Krystalllinse krümmt sich nunmehr ihrer Elasticität folgend stärker; sie wird in der Mitte dicker, ihr Aequator wird kleiner.



Ruhestand 33. Accommodation.

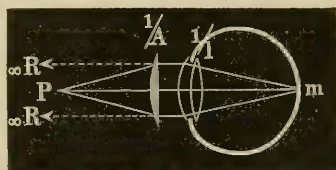
Eine neuere Theorie von Tscherning hat wenig Anhänger gefunden. Nach ihr bewirken die meridionalen Fasern des Ciliarmuskels eine Anspannung der Zonula nach hinten hin: die Linse krümmt sich dabei in der Mitte stärker, ähnlich dem mechanischen Vorgange, der eintritt, wenn man ein biegsames Rohr an seinen Enden nach hinten biegt; auch hierbei krümmt sich der mittlere Theil des Rohres stärker. Hiergegen spricht besonders der Nachweis von Hess, dass bei starker Accommodationsanstrengung die Linse deutlich schlottert, also eine Zonula-Entspannung eintritt: die Linse sinkt sogar bei stehender Stellung dem Gesetz der Schwere folgend etwas nach unten. Bei der Accommodation für den Nahepunkt wird demnach eine wesentlich stärkere Contraction des Ciliarmuskels gemacht, als zur maximalen Wirkung der Linse erforderlich ist. Heine ist es gelungen, an Tauben auch microscopisch die zur Erschlaffung der Zonula führende Contraction des Ciliarmuskels festzustellen.

Die Innervation des Accommodationsmuskels geschieht durch Aeste des

Oculomotorius, deren Ursprungszellen am Boden des 3. Ventrikels liegen, getrennt von den weiter rückwärts liegenden Kernen, von welchen die Oculomotoriusfasern, welche die äusseren Augenmuskeln versorgen, entspringen.

Nach obiger Darlegung ist das Auge, wenn der Ciliarmuskel sich im Ruhezustande befindet, für seinen Fernpunkt, bei seiner Contraction hingegen für nähere Punkte eingerichtet. Dass durch diesen Muskel etwa auch eine Abflachung der Linse bewirkt werden könnte, also Einstellung über den gewöhnlichen Fernpunkt hinaus (negative Accommodation), erscheint nach den vorliegenden Daten nicht wahrscheinlich. — Der Accommodationsimpuls erfolgt für beide Augen in der gleichen Stärke (Hering). Dies ist besonders von Bedeutung für Individuen, deren Augen eine verschiedene Brechkraft haben; eine Ausgleichung derselben durch einen für beide Augen verschiedenen Accommodationsgrad ist in der Regel nicht möglich (Hess, Greeff).

Accommodationsbreite. Die Accommodationsbreite umfasst die ganze Ausdehnung des deutlichen Sehens, also die Strecke zwischen Fern- und Nahepunkt. Als Nahepunkt (punct. proximum, P) bezeichnet man den, dem Auge am nächsten liegenden Punkt, in welchem mit möglichster Aufbietung der gesammten Accommodationskraft noch gerade scharf gesehen werden kann: geht man mit dem Sehobjecte noch näher heran, so erscheint es verschwommen.



34.

Um unter verschiedenen Umständen für die Accommodationsbreite $\left(\frac{1}{A}\right.$ oder nach Dioptrien: $\left.a\right)$ einen vergleichbaren Maasstab zu haben, drückte Donders sie aus durch die Brechkraft der Sammellinse, welche die aus dem Nahepunkt kommenden (also stärker divergirenden) Strahlen so bricht, als wenn sie aus dem Fernpunkt (p. remotum, R) kämen. Es giebt demnach die Accommodationsbreite den Ausdruck für die vitale Krümmungsvermehrung, welche die Krystalllinse beim Accommodiren auf das p. proximum sich zulegen muss. Nehmen wir an, in Figur 34 repräsentirt die Linse $\frac{1}{1}$ die Brechkraft des Auges, also die Brechkraft, welche Strahlen, die aus dem Fernpunkt (R) kommen, auf der Netzhaut zu einem Punkte vereinigt. Bei einem emmetropischen Auge würde es sich um parallele Strahlen handeln. Damit Strahlen vom Nahepunkt (P) sich auf der Netzhaut vereinigen, muss die Brechkraft durch Accommodation vermehrt werden. In der Figur 34 sei diese

Krümmungsvermehrung der Krystalllinse durch die vorgelegte Convexlinse $\frac{1}{A}$ ausgedrückt. Letztere wird die entsprechende Brechkraft haben, wenn sie die aus P kommenden Strahlen so bricht, als wenn sie aus R kämen, beim emmetropischen Auge sie also parallel macht. Wir finden den Werth von $\frac{1}{A}$ nach der oben angegebenen Formel für Convexlinsen: $\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{b}$. Hier ist f die Brennweite der Convexlinse (A), welche die von einem in a Zoll (hier in P) befindlichen Gegenstand kommenden Strahlen so bricht, dass sie in b sich zu einem Bilde vereinigen, oder, wenn es sich um ein virtuelles Bild handelt, von b (hier R) zu kommen scheinen. Bei obiger Formel wurde, wie wir gesehen, die Lage des Bildes mit dem positiven Vorzeichen ausgedrückt, wenn es auf der anderen Seite der Linse entstand, als wo der Gegenstand sich befand, lag es auf derselben Seite als negativ. Letzteres trifft nun bei emmetropischen und myopischen Augen zu, hier ist der Fernpunkt auf derselben Seite, wo der Nahepunkt liegt (d. h. vor dem Auge). Es wird demnach für diese Augen die Formel der Accommodationsbreite lauten:

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} - \frac{1}{R}.$$

Bei hypermetropischen Augen hingegen liegt der Fernpunkt hinter dem Auge, also auf der anderen Seite; danach ist die Formel hier:

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} + \frac{1}{R}.$$

Wenn man will, kann man auch als Accommodationsbreiten-Formel die erstere festhalten, muss aber dann beim hyperopischen Auge die Entfernung von R als negativ rechnen.

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} \underbrace{-\left(-\frac{1}{R}\right)}_{+}.$$

Beispiel. Emmetropie und Nahepunkt in 4 Zoll, so ist die Accommodationsbreite, da R bei Emmetropie in der Unendlichkeit liegt,

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{4} - \frac{1}{\infty} = \frac{1}{4}.$$

Myopie $^1/_{20}$, p. prox. 3 Zoll; $\frac{1}{A} = \frac{1}{3} - \frac{1}{20} = \frac{17}{60} = \frac{1}{3\,^9/_{60}}$.

Hyperopie $^1/_{30}$, p. prox. 6 Zoll; $\frac{1}{A} = \frac{1}{6} + \frac{1}{30} = \frac{1}{5}$.

Vorstehende Formel der Accommodationsbreite ist von Donders für die Benutzung der Dioptrien entsprechend umgewandelt.

Wenn man dieselbe nämlich näher betrachtet, so findet man, dass jeder Theil derselben den reciproken Werth der bezüglichen Brennweite, also die Brechkraft der betreffenden Linsen ausdrückt. Unter Anwendung der Dioptrien, welche, wie wir gesehen, eben Ausdruck der Brechkraft sind, muss man danach die Formel nicht in Bruchform, sondern so schreiben: a = p — r (Donders).

Einige Beispiele: 1) Emmetropie; Nahepunkt in 25 cm. Der Fernpunkt bei E liegt in ∞, die Brechkraft einer Linse von ∞ Meter Brennweite ist $= \frac{1}{\infty} = 0$, also r = 0. p ist die Brechkraft einer Linse von 25 cm oder 1/4 m Brennweite, also = 4·0 Dioptrien. Danach a = 4·0.

2) Myopie 1·0. Nahepunkt in 1/5 m, so ist a = 5·0 — 1·0 = 4·0.

3) Hyperopie 2·0, Nahepunkt 1/2 m; so ist a = 2·0 — (— 2·0) = 4·0. Die Addition der 2·0 Dioptrien bei Hyperopie erklärt sich auch, wenn man den Accommodationsvorgang mit dem des Emmetropen vergleicht. Während letzterer, um parallele Strahlen auf seiner Netzhaut zu vereinigen, keiner accommodativen Vermehrung seiner Linsenkrümmung bedarf, muss der Hyperop 2·0 bereits um diese 2·0 Dioptrien accommodiren. Dazu kommt dann für beide in gleicher Weise die erforderliche Linsenkrümmung für den Nahepunkt.

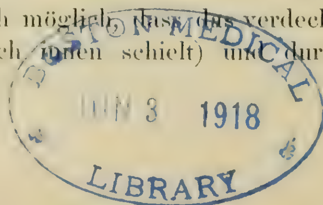
Die letzten Beispiele zeigen zugleich, dass dieselbe Accommodationsbreite (4·0) resp. dieselbe Krümmungsvermehrung der Krystalllinse erforderlich ist, um zu accommodiren 1) von unendlich auf 25 cm oder 2) von 100 cm auf 20 cm oder 3) von 50 cm negativ oder jenseits unendlich auf 50 cm. Der optische Werth der Accommodationsbreite giebt demnach keine Auskunft über die Strecke oder Ausdehnung, in welcher deutlich gesehen werden kann.

Die Accommodationsbreite wird entweder für jedes Auge allein bestimmt (absolute Accommodationsbreite = a) oder für beide Augen zugleich (binoculare Accommodationsbreite = a_2): a und a_2 sind verschieden gross. Dies liegt in dem Einfluss, den die Convergenz der Sehlinien auf den Grad der möglichen Accommodationsspannung ausübt. Früher bestand die Ansicht, dass Convergenz der Sehlinien und Accommodation zusammenfielen; würden beispielsweise beide Augen auf einen 25 cm entfernten Punkt gerichtet, so seien auch die Augen auf diese Entfernung accommodirt und könnten keine Aenderung in ihrem Accommodationszustande eingehen. Volkmann (1836) und vor Allem Donders (1846) jedoch zeigten, dass die Sache anders liegt. Es besteht zwar ein gewisses Band zwischen Convergenz der Sehlinien und Accommodation, aber ein dehnbares. Man kann sich leicht hiervon überzeugen, wenn man eine in einer bestimmten Entfernung gehaltene Schriftprobe fixirt und nun schwache Concav- und Convexgläser vor seine Augen hält. Mit einer ziemlichen Reihe solcher Gläser wird man die Schrift scharf sehen und lesen können. Es muss demnach zum Ausgleich der durch die vorgehaltenen Gläser bewirkten Brechung der Lichtstrahlen eine Veränderung in der Brechkraft des

Auges durch Krümmungsvermehrung (bei vorgehaltenem Concavglas) oder Krümmungsverringerung (bei vorgehaltenem Convexglas) stattfinden. Trotz gleichbleibender Convergenz der Sehlinien treten also Accommodationsänderungen ein.

Umgekehrt lässt sich auch zeigen, dass man bei gleichbleibender Accommodation auf eine Schrift mit der Convergenz der Sehlinien wechseln kann, indem man z. B. durch Vorlegen eines nicht zu starken Prismas mit der Basis nach innen vor ein Auge eine Schielstellung desselben erzwingt. —

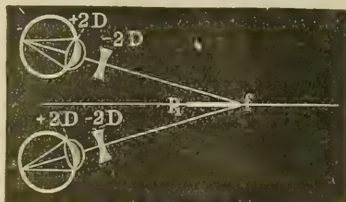
Kehren wir zu den Versuchen mit Vorhalten von sphärischen Gläsern vor die Augen zurück. Es stellt sich hierbei heraus, dass bei Fixation eines nahen Gegenstandes allerdings die Accommodation, wie durch das Vermögen, mit gewissen Convexgläsern noch zu sehen, erwiesen wird, erschlafft werden und somit factisch die optische Einstellung auf einen ferner gelegenen Punkt erfolgen kann, — dass aber die Einstellung auf den wirklichen Fernpunkt, wie ihn das Auge beim Blick in die Ferne mit annähernd parallel gerichteten Sehlinien hat, nicht zu erreichen ist. Mit der Convergenz der Sehlinien bleibt eine gewisse Accommodationsspannung verknüpft; je stärker convergirt wird, um so stärker ist die Spannung. Die stärkste Convergenz ermöglicht es, auch die stärkste Spannung der Accommodation zu erreichen. Es tritt dies ein, wenn die Sehlinien noch stärker convergent gemacht werden, als es die Nähe des stark herangerückten Sehobjectes erfordert. Nehmen wir an, beide Augen eines Emmetropen seien auf einen Gegenstand, der in 10 cm Entfernung in der Mittellinie zwischen beiden Augen sich befindet, gerichtet und könnten ihn scharf sehen, so ist die erforderliche Accommodationskraft = 10·0. Rückt der Gegenstand noch näher, etwa bis auf 8 cm, so kann auf diese Entfernung wohl noch convergirt, aber nicht mehr accommodirt werden; das Auge hat nicht die hierfür erforderliche Accommodationskraft von 12·5 Dioptrien ($^{100}/_{8} = 12{\cdot}5$). Dennoch erfolgt durch die vermehrte Convergenz mit der Accommodation insofern eine Aenderung, als dieselbe etwas höher gespannt wird als bei der Convergenz auf 10 cm und nunmehr die optische Einstellung auf einen etwas näher gelegenen Punkt (etwa auf 9·5 cm) eintritt. Da die Augen aber nicht auf diese Entfernung, sondern auf 8 cm convergiren, so trifft das Bild des Punktes, auf den jetzt accommodirt wird, nicht identische Netzhautstellen, und er erscheint doppelt. Letzteres lässt sich vermeiden, wenn nur mit einem Auge gesehen und das andere durch Verdecken ausgeschlossen wird. Es ist hierbei auch möglich, dass das verdeckte Auge noch stärker convergirt (d. h. nach innen schielt) und durch die hierdurch erzielte



Accommodationsspannung, welche auch dem offenen Auge zu gute kommt, letzteres zu stärkerer Accommodation befähigt.

Die monoculare Prüfung erzielt demnach ein näheres p. prox. als die binoculare, und damit ist auch die absolute Accommodationsbreite ($a = p - r$) grösser als die binoculare ($a_2 = p_2 - r_2$); der Fernpunkt bleibt bei beiden in gleicher Lage. —

Die Accommodationsbreite der Augen spielt eine grosse Rolle bei der Beschäftigung in der Nähe: bei Emmetropen und Hypermetropen kann die Verringerung derselben leicht Mangel an Ausdauer und Ermüdungserscheinungen hervorrufen, worauf wir später noch zurückkommen. Ihre Untersuchung hat daher eine durchaus praktische Bedeutung. Dies gilt auch bezüglich der dritten Form der Accommodationsbreite: der relativen (a_1). Bei jeder Convergenz der Sehlinien kann, wie wir gesehen, die Accommodation noch in einer gewissen Breite spielen: diese lässt sich durch die Summe der Brechkraft des noch eben zu überwindenden stärksten Concav- und des anderseits noch eben zulässigen stärksten Convexglases beim Ansehen des in gleicher Entfernung bleibenden Gegenstandes ausdrücken. Sie ist „relativ" zur Convergenz oder mit anderen Worten zur Entfernung des fixirten Objects; es giebt demnach so viel relative Accommodationsbreiten, als es verschiedene Convergenzen der Sehlinien giebt. Von besonderer Wichtigkeit ist die Accommodationsbreite für diejenige Convergenz, welche die Augen bei gewöhnlichen Arbeiten in der Nähe (etwa beim Lesen) annehmen müssen.



35.

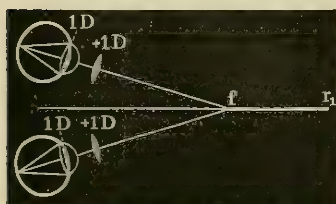
In Figur 35 convergiren beide Augen nach f. Hierbei möge bei gleichzeitiger Accommodation die Krystalllinse jedes Auges eine Brechkraft von 25 Dioptrien haben; ihre Form sei durch die ausgezogenen Linien angegeben. Werden nun vor beide Augen Concavgläser gelegt, so kann man mit diesen den Punkt f noch deutlich sehen, so lange durch vermehrte Accommodation, d. h. durch Krümmungszunahme der Krystalllinse ein Ausgleich der zerstreuenden Kraft des Glases möglich ist. Durch Vorlegen verschieden starker Concavgläser finden wir beispielsweise, dass noch mit —2·0 scharf gesehen werden kann, mit —2·5 nicht mehr: —2·0 bezeichnet demnach das Maximum der Accommodationszunahme, welche bei der beibehaltenen Convergenz auf f das Auge leisten kann. Es wird dieses Glas also direct die Krümmungszunahme der Krystalllinse ausdrücken; vorausgesetzt, dass wir die geringe Differenz vernachlässigen, die dadurch entsteht, dass das Concav-

glas vor dem Auge liegt. Durch den schraffirten Theil der Krystalllinse in Figur 35 sei diese Krümmungszunahme (= 2·0) angedeutet.

Durch letztere wird das Auge aber factisch auf einen Punkt p_1 eingestellt, der näher liegt als f. Die Lage desselben lässt sich, wie wir unten an einem Beispiel sehen werden, nach der Linsenformel leicht berechnen.

Um nun umgekehrt, wiederum bei Convergenz der Sehlinien auf den Punkt f, die grösstmögliche Abspannung der Accommodation zu erzielen, legt man Convexgläser vor; das stärkste mit dem noch f (Figur 36) deutlich gesehen werden kann, entspricht der grösstmöglichen Abflachung der Krystalllinse. Finden wir beispielsweise Convexglas 1·0 als das entsprechende, so ist die ausgleichende Krümmungsverminderung der Krystalllinse, durch den schraffirten Theil in ihr angedeutet, gleich 1·0.

Diese grösste Abflachung der Krystalllinse bedeutet den Ruhezustand des Auges oder die Einstellung desselben auf den Fernpunkt, wie sie eben unter Beibehaltung der Convergenz auf f möglich ist. — Die Krümmungszunahme, welche von diesem Ruhezustande aus die Krystalllinse erfahren kann, giebt uns die relative Accommodationsbreite (a_1); letztere ist demnach = 1·0 + 2·0 = 3·0. Das Concavglas (2·0) entsprach der bei der angenommenen Convergenz noch möglichen Steigerung der Accommodation, das Convexglas (1·0) der noch möglichen Abspannung: wir bezeichnen den ersten Theil (in der Figur 35 fp_1) als positive Accommodationsbreite, den anderen (Figur 36 fr_1) als negative. —



36.

Die relative Accommodationsbreite lässt sich auch noch in anderer Weise mit Benutzung der Accommodationsbreiten-Formel $a_1 = p_1 - r_1$ feststellen. Es diene hierzu ein Beispiel. Beide Augen fixiren und accommodiren auf eine Schriftprobe, die in 30 cm gehalten wird. Es werden nunmehr von schwächeren anfangend allmählich immer stärkere Concavgläser gleicher Brennweite vor beide Augen gehalten. Das stärkste Concavglas, mit dem auf diese Weise noch unter Anstrengung deutlich gesehen werden kann, sei = 4·0 D. Dasselbe Manöver wird alsdann mit Convexgläsern vorgenommen; das stärkste, das zu überwinden ist, sei = 2·5. Dann ist die positive Accommodationsbreite = 4·0 und die negative = 2·5; die gesammte relative Accommodationsbreite für eine Entfernung von 30 cm ist nach obigen Ueberlegungen = 6·5. Berechnen wir nun, wo factisch der relative Nahepunkt (p_1) liegt, d. h. für welche Strahlen das Auge eigentlich accommodirt, wenn dieselben aus einer Entfernung von 30 cm kommen und durch ein Concavglas 4·0 gebrochen werden. In der Linsenformel $\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{b}$ ist f = — 25 cm (d. h. gleich der Brennweite des Concavglases 4·0) a = 30 cm und

$b = p_1 \cdot -\frac{1}{25} = \frac{1}{30} + \frac{1}{p_1}$; $\frac{1}{p_1} = -\frac{1}{25} - \frac{1}{30} = -\frac{1}{13\,^7/_{11}}$ cm. Der Nahepunkt p_1 liegt demnach $13\,^7/_{11}$ cm vor dem Auge (resp. der vorgehaltenen Concavlinse), da das negative Vorzeichen ausdrückt, dass er sich auf derselben Seite der Linse befindet, wie der fixirte Objectpunkt f. — Der Fernpunkt wird in gleicher Weise berechnet. Da die Strahlen durch ein Convexglas 2·5 (= 40 cm Brennweite) gebrochen werden, ist $+\frac{1}{40} = \frac{1}{30} + \frac{1}{r_1}$; $\frac{1}{r_1} = -\frac{1}{120}$ cm; $r_1 = -120$ cm.

Die Ausdehnung der gesammten relativen Accommodationsbreite geht demnach von $13\,^7/_{11}$ cm (p_1) bis 120 cm (r_1). Davon ist positiv die Strecke von $13\,^7/_{11}$ bis 30 cm, negativ von 30 cm bis 120 cm.

Nach der Accommodationsformel ist: $a_1 = \frac{1}{13\,^7/_{11}} - \frac{1}{120} = 7{\cdot}33$ D $- 0{\cdot}83$ D $= 6{\cdot}5$ D. Also dasselbe Resultat wie oben. —

Die Messung der relativen Accommodationsbreite ist deshalb besonders von praktischer Bedeutung, weil man durchschnittlich die Accommodation nur für solche Entfernung längere Zeit und ohne Ermüdung festhalten kann, bei welcher der positive Theil (hier 4·0) im Vergleich zum negativen (hier 2·5) verhältnissmässig gross ist. Aber auch bezüglich der Wahl von Brillen hat sie Bedeutung, indem sie bei den verschiedenen Refractionszuständen (trotz gleicher Entfernung des Convergenzpunktes) verschieden gross ausfällt. Es ist dies leicht aus folgendem Beispiel ersichtlich. Wenn ein Emmetrop auf 20 cm convergirt, so liegt, nach den Ergebnissen der Donders'schen Untersuchung, sein relativer Fernpunkt etwa in 60 cm, sein relativer Nahepunkt in 12 cm. Richtet hingegen ein Myop 8·0, dessen absoluter Fernpunkt also bereits in 12·5 cm liegt, ebenfalls seine Augen auf einen 20 cm entfernten Gegenstand, so ist sein relativer Fernpunkt etwa 12 cm, sein relativer Nahepunkt etwa 8 cm: d. h. sein ganzes relatives Accommodationsgebiet wird diesseit des Convergenzpunktes liegen und ist positiv oder mit anderen Worten, er verbindet mit der Convergenz auf 20 cm noch gar keine Accommodationsspannung. Würden wir nun diese myopischen Augen durch die corrigirenden Brillengläser, mit denen der Fernpunkt in die Unendlichkeit verlegt wird, gleichsam in emmetropische umzuwandeln versuchen, so kämen sie dadurch in ganz ungewohnte und meist unbequeme Accommodationsverhältnisse, da die relative Accommodationsbreite für bestimmte Entfernungen eine andere war und für's erste auch bleiben wird. Da jedoch Uebung und Gewohnheit hier umändernd einwirken, so ist es erreichbar, dass die Augen jugendlicher Individuen, die ametropisch sind, aber durch beständig getragene Gläser sich corrigiren, allmählich auch in ihren relativen Accommodationsbreiten einem emmetropischen Auge gleich werden.

Die Untersuchungen von Donders haben betreffs des Verhaltens der relativen Accommodationsbreite bei den verschiedenen Refractionen ergeben, dass

1) bei parallelen Sehlinien das emmetropische Auge etwa $\frac{1}{3}$, das myopische nur $\frac{1}{4^1/_2}$, das hypermetropische hingegen $\frac{3}{5}$ seines absoluten Accommodationsvermögens in Anwendung bringen kann: dass 2) bei leichter Convergenz das myopische Auge viel weniger, das hypermetropische Auge viel mehr Accommodationskraft hat als das emmetropische und dass 3) bei stärkerer Convergenz die Accommodationskraft des myopischen Auges sehr zunimmt, die des hypermetropischen nur wenig. —

Hess ist neuerdings durch seine Untersuchungen zu Resultaten gekommen, welche von den oben gegebenen Donders'schen Anschauungen vielfach abweichen. So entspricht nach ihm die Scheidung zwischen binocularem und monocularem Nahepunkt nicht den Thatsachen: ersterer scheine nur weiter herausgerückt, weil bei der gewöhnlichen Methode der Bestimmung — im Gegensatz zu der von ihm mit Benutzung des Scheiner'schen Versuches geübten — die in beiden Augen beim Herausrücken des Objectes auftretenden Zerstreuungskreise leichter und früher sichtbar werden; auch habe die Pupillenverengerung, die bei der monocularen Nahepunktsbestimmung in Folge der stärkeren Convergenz erfolgte, Einfluss. Ferner ist nach Hess der Spielraum, in welchem bei festgehaltener Convergenz die Accommodation von der zugehörigen Convergenz gelöst werden kann (absolute Accommodationsbreite), unabhängig von dem Grade der Convergenz.

III. Presbyopie. Die Grösse der Accommodationsbreite ist vom Alter abhängig: sie ist am grössten in der Jugend und nimmt mit den Jahren nach und nach ab. Im 30. Lebensjahre beträgt sie etwa die Hälfte von der im 10. Lebensjahre. Ihre Verringerung erfährt sie dadurch, dass der Nahepunkt immer weiter vom Auge abrückt. Im 40. Lebensjahre liegt letzterer beim Emmetropen etwa in 22 cm (A = 4·5). Mit dem weiteren Hinausrücken desselben pflegen gewisse Beschäftigungen in der Nähe (z. B. Lesen einer feinen Schrift) bereits mit Unbequemlichkeiten verknüpft zu sein und auf die Dauer eine Ermüdung der Augen hervorzurufen. Donders setzte deshalb hier den Anfangspunkt der Presbyopie (πρέσβυς Greis und ὤψ): dieselbe bezeichnet also eine dem Alter entsprechende physiologische Abnahme der Accommodationsbreite, bei der der Nahepunkt weiter als 22 cm (oder, wie man früher usuell annahm, 8 Zoll) vom Auge abgerückt ist. Sie unterscheidet sich von einer Accommodationslähmung, die sich ja auch in Verminderung oder Aufhebung der Accommodationsbreite zeigt, dadurch, dass letztere pathologisch ist, die Presbyopie hingegen physiologisch und in einem dem Alter entsprechenden Grade auftritt. Um letzteres beurtheilen zu können, muss man einige Daten im Auge behalten merken. Nach Donders beträgt die Accommodationsbreite in einem Alter von

10 Jahren	= 14·0	30 Jahren	= 7
15 „	= 12·0	35 „	= 5·5
20 „	= 10·0	40 „	= 4·5
25 „	= 8·5	45 „	= 3·5

50 Jahren	= 2·5	65 Jahren	= 0·75
55 „	= 1·75	70 „	= 0·25
60 „	= 1	75 „	= 0.

Während bis zum 50. Jahre das p. remot. in seiner normalen Lage bleibt, beginnt später auch der Fernpunkt etwas hinauszurücken, so dass z. B. im 55. Jahre ein Emmetrop Hypermetrop 0·25, im 65. Jahre H. 0·75 und im 75. Jahre H. 1·75 wird. Diese Refractionsabnahme kann kurzsichtigen geringen Grades im höheren Alter oft merklichen Vortheil bieten.

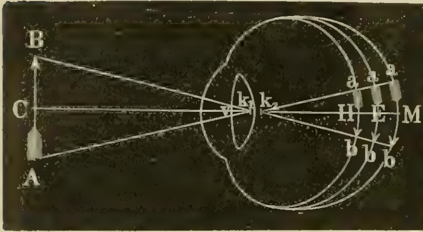
Die Ursache der Presbyopie dürfte grösstentheils in dem Härterwerden und in der Elasticitätsverringerung der Linse liegen, da wenigstens für die früheren Lebensjahre eine Abnahme der Kraft des M. ciliaris nicht wahrscheinlich ist.

IV. Bestimmung der Refraction, Accommodation und Sehschärfe. Da bei den Refractionsbestimmungen jede Accommodationsspannung ausgeschlossen sein soll, so müssen sie unter Vermeidung von Convergenz der Sehachsen bei paralleler Blickrichtung in die Ferne gemacht werden, wenn man nicht etwa durch Atropin oder ähnlich wirkende Mittel die Accommodation direct lähmen will. Man hängt zu dem Zwecke Sehproben (etwa die grossen Snellen'schen bis zu No. III herab) auf Papptafeln geklebt in circa 6 m Entfernung gut beleuchtet auf und lässt danach blicken. Diese Entfernung ist auch ausreichend weit, um die von den kleinen Schriftproben in die Pupille des Untersuchten fallenden Lichtstrahlen als parallel ansehen zu können. Die Snellen'schen Tafeln enthalten Buchstaben, Zahlen oder Haken verschiedener Grösse. Die grössten werden in 60 m von einem entsprechend brechenden und normal sehenden Auge erkannt, dann folgen kleinere, die in 36 m, 24 m bis 6, 4 und 3 m u. s. f. erkannt werden sollen. Diese Tafeln gestatten gleich mit der Bestimmung der Refraction auch die der Sehschärfe vorzunehmen.

Trotzdem bei correcter Brechung der in das Auge fallenden Strahlen scharfe Netzhautbilder entstehen, werden sie dann nicht wahrgenommen werden, wenn die Netzhaut sie nicht mehr empfindet und differente Theile des Bildes nicht als solche unterscheidet. Dass auch auf dem Wege von der Netzhaut zum Gehirn und in diesem selbst das Hinderniss für die Wahrnehmung des Netzhautbildes liegen kann, ist selbstverständlich. Wir werden demnach unter Sehschärfe (S oder V) die Fähigkeit verstehen, auf der Netzhaut entstandene, möglichst scharf begrenzte und entsprechend helle Bilder von einer gewissen Grösse wahrzunehmen, — die Sehschärfe ist um so bedeutender, je kleinere Bilder noch percipirt werden. Die Definition zeigt, dass in den Fällen, wo in Folge mangelhafter Brechung der Augenmedien kein scharf um-

grenztes Bild auf der Netzhaut entsteht, dieser Fehler der Refraction erst durch die entsprechenden Brillengläser (so weit als möglich) zu corrigiren ist, ehe man die Sehschärfe bestimmen kann.

Nur nach Ausgleichung etwaiger Refractions-Anomalien kann man eine wissenschaftlich correcte Sehschärfenbestimmung machen. So wechselt die Sehschärfe beim Kurzsichtigen je nach der Entfernung: während derselbe innerhalb seines Fernpunktes normale Sehschärfe hat, verringert sie sich entsprechend dem Abstande des Objectes. In umgekehrter Weise kann dies gelegentlich bei dem Hypermetropen hervortreten.



37.

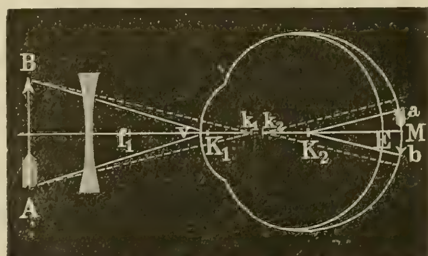
Aus praktischen Gründen, wie etwa bei den Eisenbahnbeamten oder Matrosen, die keine Brille tragen sollen, ist es aber bisweilen erforderlich, die Sehschärfe für die Entfernung (etwa in 6 Meter, da grössere Entfernungen keine bemerkenswerthe Differenzen machen) ohne Gläser festzustellen: man muss jedoch, wenn man Verwirrung vermeiden will, diese wissenschaftlich incorrect gefundene Sehschärfe besonders bezeichnen, etwa als „Sehschärfe ohne Brechungscorrection".

Wenn man die in den Snellen'schen Sehproben befindlichen Buchstaben als Objecte benutzt, so werden von dem als normalsehend angenommenen Auge Netzhautbilder als getrennt wahrgenommen und unterschieden, die einen Abstand von 0·004 mm haben. Dieselben stellen sich bei einem emmetropischen Auge unter einem Gesichtswinkel von einer Minute dar. Entwirft der Gegenstand AB sein Bild auf der Netzhaut des Auges, so ist die erforderliche Construction, wenn wir in dem schematischen Auge zwei Knotenpunkte zeichnen, so zu machen, dass A und B mit k_1 (Fig. 37) verbunden werden. Von k_2 werden die Linien k_2a parallel k_1 A und k_2 b parallel k_1 B gezogen: dieselben begrenzen das Netzhautbild ab. Den Winkel Ak_1B nennt man Gesichtswinkel (v). Derselbe ist dem Winkel bk_2a gleich, wenn wir, wie in dem Donders'schen reducirten Auge, beide Knotenpunkte zusammenfallen lassen, so dass die Linie Aka eine gerade wird. Die Grösse des Gegenstandes ACB und seines Bildes aEb verhält sich alsdann bei kleinen Gesichtswinkeln wie kC zu kE (kE ist im reducirten Auge = 15 mm): beispielsweise würde das Netzhautbild eines gleichgrossen, aber dreimal so weit entfernten Pfeiles nur ein Drittel der jetzigen Grösse haben.

Besteht Ametropie in Folge ungleicher Länge der Augenachsen, so würde im hypermetropischen Auge trotz gleicher Grösse des Gesichtswinkels das Netzhautbild ein etwas kleineres (H), im myopischen (M) ein etwas grösseres sein, und zwar entsprechend Figur 37, wenn diese verschieden langen Augen bei gleichbleibender Brechung scharfe

Bilder auf ihrer Netzhaut erhielten. Dies ist aber nicht möglich: den Myopen werden wir zum Sehen in die Ferne bei den Sehschärfenbestimmungen Concavgläser vorlegen müssen; den Hypermetropen Convexgläser. Durch Vorlegen dieser Gläser erleiden in dem nun veränderten optischen Systeme aber die Knotenpunkte eine Verschiebung, die besonders davon abhängt, in welchem Abstande das corrigirende Glas vom Auge sich befindet. Die Grösse des Netzhautbildes hängt von der Lage des zweiten Knotenpunktes ab: je näher dieser der Netzhaut, um so grösser das Netzhautbild. Hingegen wird die Grösse des Gesichtswinkels von der Lage des ersten Knotenpunktes beeinflusst. Je weiter letzterer von der Netzhaut entfernt liegt, um so grösser ist der Gesichtswinkel. Da die Entfernung der beiden Knotenpunkte von einander durchaus nicht bei den verschiedenen optischen Systemen, wie sie durch Vorlegen corrigirender Gläser etc. entstehen, gleich ist, so bleibt die Grösse des Gesichtswinkels auch nicht in demselben constanten Verhältniss zur Grösse des Netzhautbildes.

Nach den Berechnungen Mauthner's rückt durch Vorlegung von Concavgläsern zur Correction der Myopie der zweite Knotenpunkt unter allen Umständen nach rückwärts gegen die Netzhaut und zwar um so mehr, je weiter das corrigirende Glas vor dem Auge steht. Dadurch wird für das corrigirte Auge das Netzhautbild verkleinert; es gilt das ebenso für Myopie, die auf Verlängerung der Augenachsen als wie für die, welche auf zu starker Brechung des dioptrischen Systems beruht. Stellt man aber einen Vergleich der Grösse des Netzhautbildes des achsenmyopischen corrigirten Auges mit der des emmetropischen an, so ist ersteres nur dann in Wirklichkeit kleiner als letzteres, wenn das corrigirende Glas vor den vorderen Brennpunkt des Auges gehalten wird.



38.

Figur 38 zeigt letztere Lage des Concavglases und die hierdurch erfolgte (übertrieben gezeichnete) Verrückung des ersten und zweiten Knotenpunktes nach K_1 und K_2: der Gesichtswinkel bei K_1 ist grösser, das Netzhautbild, dem Winkel bei K_2 entsprechend, ist kleiner geworden. Die unterbrochenen Linien zeigen den Lauf der Strahlen im nicht corrigirten Auge mit den beiden Knotenpunkten k_1 und k_2. E ist die Lage der Netzhaut des emmetropischen, M die des myopischen Auges.

Bei Correction der Hypermetropie durch das entsprechende Convexglas rückt der zweite Knotenpunkt unter allen Umständen nach vorn gegen die Cornea und zwar um so mehr, je weiter das corrigirende Glas vor dem Auge steht.

Auch aus diesen Constructionen geht hervor, dass die Grösse des Gesichtswinkels nicht der Grösse des Netzhautbildes entspricht. Die Bestimmung der Sehschärfe nach ersterem hat demnach etwas Unnatürliches, zumal doch das, was von den Sehobjecten zu unserer Wahrnehmung kommt, Folge der Erregung der

Netzhaut, also directe Wirkung des Netzhautbildes ist. Das ändert aber nichts an der praktischen Verwerthbarkeit der von Snellen entworfenen Buchstaben. Es beruht diese einfach auf dem Uebereinkommen, dass das Erkennen von Buchstaben, deren Strichtheile bei einem emmetropischen, in die Ferne blickenden, also accommodationslosen Auge unter einem Gesichtswinkel von einer Minute erscheinen, als normal zu betrachten und diese Sehschärfe mit 1 zu bezeichnen sei.

Die ganzen Buchstaben der Snellen'schen Proben, deren einzelner Strich unter einem Gesichtswinkel von einer Minute erscheint, nehmen einen Gesichtswinkel von 5 Minuten ein. Wird Nr. VI (Figur 39) der Proben in 6 m gesehen, so besteht volle Sehschärfe; wird hingegen No. XII in 6 m gesehen, so besteht $^6/_{12}$ oder halbe Sehschärfe. Man dividirt demnach die Entfernung, in der die Buchstaben von dem Untersuchten, aber nach Ausgleichung etwaiger Refractionsanomalien, gesehen werden (d), durch die neben den Buchstaben angegebene Entfernung (D), in der sie gesehen werden sollen, um die Sehschärfe zu finden: $S = \frac{d}{D}$. (Cf. centrale Sehschärfe in: Amblyopie und Amaurose.)



39.

Jedes Auge wird einzeln untersucht. Die Sehproben müssen erkannt und genannt werden bis zu den kleinsten herab, die der Untersuchte noch ohne Gläser sehen kann. Sollte er hierbei etwa Nr. VI auf 6 m sehen, so schliesse man nicht daraus, dass er Emmetrop sei und volle Sehschärfe habe. Es wäre immerhin möglich, dass er mit schwachen Concavgläsern oder Convexgläsern noch mehr sehen könnte, und daher ist nach der Richtung hin die Prüfung fortzusetzen. Die Prüfung ohne Gläser ergiebt in diesem Falle nur, dass er mindestens volle Sehschärfe hat. Man versucht nun zuerst durch Vorhalten von schwachen Convexgläsern (etwa 0·5 und 0·75) zu erforschen, ob besser gesehen wird, d. h. ob in derselben Entfernung noch kleinere Buchstaben erkannt werden, oder wenigstens die gesehenen ebenso gut und scharf erscheinen. Alsdann steigt man allmählich mit den Convexgläsern, bis man dasjenige erreicht, welches das Maximum der Sehschärfe zulässt. Dieses entspricht dem Grade der Hypermetropie.

Mancherlei Schwierigkeiten tauchen bei diesen Bestimmungen auf. Einmal werden nicht alle Buchstaben derselben Reihe, die doch nach Snellen in gleicher Entfernung gesehen werden müssten, gleich gut erkannt. Man könnte meinen, dass nur die Entfernung als Maassstab der Sehschärfe gelten soll, in der sie alle erkannt werden. Hierbei kommt man aber bisweilen zu sehr merkwürdigen Resultaten, indem der eine oder andere Buchstabe einer Reihe noch nicht erkannt wird, während

schon die Buchstaben aus der nächsten gesehen werden, welche viel kleiner sind. Im Ganzen begnügt man sich daher damit, dass die Buchstaben einer Reihe bis etwa auf einen besonders schwierigen genannt werden, und schreibt dann beispielsweise $S < \frac{6}{6}$. Würden von der nächsten Reihe noch ein oder zwei Buchstaben genannt, so schreibt man $S > \frac{6}{6}$. Im Uebrigen wird man auch dadurch, dass man den Untersuchten etwas näher heran oder weiter ab treten lässt (als die angenommenen 6 m), genauer die Entfernung feststellen können, in welcher die Reihe gesehen wird.

Um den Unterschied in der Deutlichkeit den zu Untersuchenden klar zu machen, fordert man sie schliesslich, wenn man nur noch schwankend ist zwischen Gläsern mit kleinen Brechungsdifferenzen, auf, einen bestimmten Buchstaben, den sie eben noch erkennen, zu fixiren und nun, indem man die bezüglichen Gläser schnell hintereinander wechselt, anzugeben, mit welchem Glase sie ihn am deutlichsten sehen. Um den Wechsel schneller vollziehen zu können und überhaupt das unbequeme Herausnehmen der Gläser aus dem Brillenkasten zu vermeiden, haben wir eine entsprechende Serie von Convex- und Concav-Gläsern in ein linearartiges Gestell (Brillen-Leiter) setzen lassen, das schnell am Auge vorübergeführt werden kann; für Massen-Untersuchungen ist es unentbehrlich.

Manche Patienten beobachten sehr ungenau, sodass ihnen kleine Unterschiede der Deutlichkeit verschwinden. Z. B. geben sie an, mit 0·5 schlechter zu sehen, während mit 2·0 eine erhebliche Hebung der Sehschärfe nachweisbar ist. Man wird daher immer gut thun, selbst wenn eine Verschlechterung angegeben wird, doch noch ein stärkeres Glas zu probiren. Bei hochgradig Kurzsichtigen wird durch schwache Concavgläser bei 6 Meter Entfernung keine wahrnehmbare Besserung erzielt. Man lässt sie deshalb erst etwas näher herantreten, bis sie überhaupt die grossen Buchstaben auf der Tafel wahrnehmen, und geht eventuell schnell zu stärkeren Gläsern über.

Auch soll man die gesehenen Buchstaben nennen lassen, um Selbsttäuschungen der Untersuchten zu vermeiden. Besteht Schwachsichtigkeit oder sind etwa Hornhauttrübungen vorhanden, oder ist endlich Astigmatismus im Spiele, so geben die Patienten oft an, mit sehr verschieden brechenden Gläsern gleich gut zu sehen. Es erklärt sich dies zum Theil daraus, dass die etwas grössere oder geringere Schärfe der Bilder, welche das Vorhalten der sphärischen Gläser ergiebt, gegen die sonstige Verschwommenheit der Bilder verschwindet oder gegen die Schwäche der retinalen Perceptionsfähigkeit zurücktritt. Hier wird man

gut thun, zu atropinisiren und nach eventueller Prüfung auf Astigmatismus zur Entscheidung auch die ophthalmoskopische Refractionsbestimmung heranzuziehen.

Bei Individuen, die keinen Buchstaben kennen, benutzt man die Haken (cf. Fig. 39) und lässt sagen, nach welcher Richtung hin sie offen sind.

H. Cohn verwendet einen einzigen solcher Haken von Pappe, der mit der Oeffnung nach verschiedenen Richtungen hin gedreht werden kann. Man wechselt zur Bestimmung der Sehschärfe alsdann mit dem Abstande von dem zu Untersuchenden.

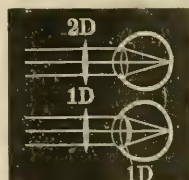
Im Durchschnitt werden die Haken weiter erkannt als die Buchstaben derselben Grösse. Auch hieraus folgt, dass die Sehschärfenbestimmungen nur eine annähernde Genauigkeit beanspruchen. Um so erwünschter ist es, dass dann wenigstens nur ein und dieselbe Sehprobe (also als die älteste und verbreitetste: die Snellen'sche) unseren Bestimmungen zu Grunde gelegt werde. Die Zahl der Sehproben, meist nach gleichem Prinzip hergestellt, ist sehr gross: wir haben solche von Schweigger, Nieden, Wecker u. A., abgesehen von den älteren Jäger'schen Leseproben. Wolffberg hat Buchstabenreihen gewählt, die bei gleicher Grösse möglichst gleich leicht erkannt werden; auch bildliche Darstellungen für die Sehschärfenbestimmung bei kleinen Kindern sind von ihm hergestellt worden. Burchardt u. Guillery benutzen Punktproben. —

Wird mit verschieden starken Convexgläsern derselbe höchste Grad der Sehschärfe — hierauf ist aber Gewicht zu legen — erreicht, so wird die Hypermetropie durch das stärkst brechende Convexglas ausgedrückt. Sieht jemand beispielsweise Nr. VI auf 6 m mit + 2·0 und mit + 1·0 gleich gut und mit keinem von diesen Gläsern nachweislich besser, so ist seine Hyperopie = 2·0 (H $^1/_{20}$). Ebenso besteht H, wenn mit und ohne Convexgläser gleich gut gesehen wird.

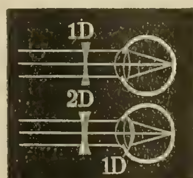
Diese Bestimmung beruht darauf, dass die Refraction eben den Brechzustand des Auges ohne jede Accommodationsspannung repräsentirt. Sieht ein Hyperop aber mit einem Convexglase 2·0 ebenso gut wie mit 1·0, so befindet sich das Auge unter dem ersten Glase in der grössten Accommodationsabspannung, da es unter Glas 1·0, um dieselbe Schärfe der Netzhautbilder zu erreichen, seine Krystalllinse noch um 1·0 stärker krümmen muss (Figur 40).

Hat sich bei der Prüfung mit Convexgläsern eine Verschlechterung des Sehens ergeben, so versucht man Concavgläser, ebenfalls mit schwachen anfangend und zu stärkeren übergehend, ganz in der oben angegebenen Weise. Wird hier mit Concavgläsern verschiedener Stärke

gleich gut gesehen und das Maximum der Sehschärfe erreicht, so bezeichnet das schwächste Concavglas den Grad der Kurzsichtigkeit. Falls mit Concavgläsern nur ebenso gesehen wird, wie ohne Gläser, so besteht Emmetropie. Der Grund hierfür ist derselbe, wie bei Convexgläsern: Ausschluss jeder Accommodationsspannung bei der Refractionsbestimmung. Wird mit concav 2·0 ($^1/_{20}$) ebenso gut gesehen wie mit concav 1·0 ($^1/_{40}$), so muss unter ersterem Glase die Krystalllinse sich gerade so viel mehr gekrümmt haben, wie concav 2·0 stärker die Strahlen zerstreut als 1·0; daher besteht in Wirklichkeit Myopie 1·0 (M $^1/_{40}$).



40.



41.

Nicht selten behaupten Patienten mit stärkeren Concavgläsern (z. B. mit —2·0) besser zu sehen als mit schwächeren (z. B. mit —1·0), ohne dass sie factisch den Nachweis dadurch führen können, dass sie etwa einen mit concav 1·0 nicht erkannten Buchstaben jetzt mit concav 2·0 erkennen. Wenn ein derartiger deutlich hervortretender Unterschied trotz darauf gerichteter Untersuchung nicht nachweisbar ist, wird das schwächere Glas als das der Myopie entsprechende angenommen. Das scheinbare Bessersehen beruht meist auf einer unbewusst auftretenden falschen Ueberlegung. Unter dem stärkeren Concavglase nämlich muss accommodirt werden. Da die Accommodation normaler Weise nur für näher gelegene Gegenstände eintritt, so erscheint dem Patienten der Buchstabe, auf den er jetzt künstlich und unbewusst accommodiren muss, näher liegend und damit auch — da das Netzhautbild (annähernd) so gross bleibt, wie es der Entfernung entspricht, in welcher es sich wirklich befindet — kleiner. Je undeutlicher der Kranke bis dahin die Gegenstände gesehen hatte, um so grösser waren sie ihm aber wegen der Zerstreuungskreise an den Rändern erschienen. Sieht er den Gegenstand nunmehr besonders klein, so ruft dies in ihm auch den Eindruck besonderer Schärfe hervor.

Der Grad der Refractionsanomalien wurde, wie erwähnt, durch die Brechkraft des corrigirenden Glases bestimmt. Wir setzen dabei voraus, dass das Glas dicht vor das Auge gehalten wird, jedenfalls dass die Entfernung desselben vom Auge seiner Brennweite gegenüber verschwindend klein ist. Will man genau sein, so zieht man diese Entfernung in Betracht. Ist beispielsweise mit concav 10·0 D, das 2 cm vom Hornhautscheitel entfernt gehalten wurde, am deutlichsten gesehen worden, so heisst dies: das Auge war eingestellt für Strahlen, welche scheinbar

kommen von einem Punkte, der 10 cm vom Glase, somit vom Hornhautscheitel 10 + 2 cm entfernt war. Es ist demnach der eigentliche Fernpunkt des Auges 12 cm vom Hornhautscheitel, also seine Myopie $\frac{100}{12} = 8{\cdot}33$ D. Die Myopie ist demnach um so geringer, je weiter das corrigirende Concavglas vom Auge entfernt ist. Man kann diesen Umstand auch bei der Refractionsbestimmung in der Weise benutzen, dass man das ungefähr der Myopie entsprechende Concavglas zur Probe etwas weiter vom Auge abhält; wird jetzt noch ebenso gut gesehen, so ist die Brechkraft des benutzten Glases zu stark.

Umgekehrt verhält es sich mit Convexgläsern. Convexglas 10·0 D ($^1/_4$) sei z. B. das corrigirende und ebenfalls 2 cm vom Auge gehalten. Das Auge ist hier eingestellt auf Strahlen, die nach einem Punkte convergiren, der 10 cm hinter dem Glase liegt oder 8 (d. h. 10—2) cm hinter dem Hornhautscheitel. Der negative Fernpunkt des Auges liegt also 8 cm hinter dem Hornhautscheitel. Der Grad der Hypermetropie ist $\frac{100}{8} = 12{\cdot}5 \left(\text{c.} \; H \frac{1}{3^1/_2} \right)$.

Wenn wir vom Hornhautscheitel aus die Lage des Fernpunktes (respective die Refraction) bestimmen, so ist dies correct, da der Hornhautscheitel im reducirten Auge mit dem Hauptpunkt zusammenfällt und von diesem aus bei optischen Systemen die Brennweite bestimmt zu werden pflegt. Die Methode vom Kotenpunkt aus (der im reducirten Auge 5 mm hinter dem Hornhautscheitel liegt) die Lage des Fernpunktes zu bestimmen, erscheint weniger zutreffend; doch hat diese kleine Differenz für praktische Zwecke meist keine Bedeutung.

Mit der Refraction ist die Lage des Fernpunktes gegeben. Um die Accommodationsbreite zu bestimmen, bedarf es noch der Feststellung des Nahepunktes (P). Zu dem Zwecke benutzt man in der Regel eine sehr kleine Schriftprobe (etwa Nr. 1 der Jäger'schen Schriftproben oder 0·4 der Snellen'schen), die man lesen lässt und dabei dem Auge immer mehr nähert, bis sie unleserlich wird. Der Punkt, in welchem diese Schrift, wenn auch mit Anstrengung, aber noch scharf und deutlich gesehen werden kann, ist das p. proximum der Accommodation, dessen Entfernung vom Auge zu messen ist. Da möglichst feine Objecte für diese Bestimmungen erforderlich sind, empfehlen sich an Stelle der Schriftproben andere Sehobjecte. So etwa feine Seidenfädchen in einem Metall-Viereck ausgespannt (v. Graefe's Optometer) oder die feinen Punktproben von Burchardt oder auch die Benutzung des Scheiner'schen Versuches (Porterfield-Young'sches Optometer).

Ist der Nahepunkt weit hinausgerückt, so kann man diese kleinen Sehobjecte nicht gebrauchen, da sie in der nothwendigen Entfernung ge-

halten nicht mehr entsprechend grosse Netzhautbilder liefern. Dies ist auch zu beachten, wenn man sehschwache Augen untersucht. Man lasse sich aber andererseits hierdurch nicht verleiten, zu grosse Sehobjecte zu nehmen. Diese werden auch bei einer Annäherung erkannt, in der eine Accommodation gar nicht mehr möglich ist; die erhebliche Grösse der auftretenden Netzhautbilder gestattet nämlich trotz etwaiger Zerstreuungskreise das Erkennen. Man kann sich leicht hiervon überzeugen, wenn man sehr grossen Druck dicht an das Auge heranführt. Da es aber schwer ist, bei herausgerücktem Nahepunkt, dessen Lage ja eben unbekannt ist, die gerade entsprechende und genügend grosse Schriftprobe zu wählen, so nimmt man in diesen Fällen Convexgläser zu Hülfe, durch welche man die Patienten lesen lässt. Jetzt werden auch kleine Sehproben Anwendung finden können, da durch das Convexglas das Accommodationsgebiet dem Auge näher gerückt wird. Wenn beispielsweise einem Emmetropen, dessen Accommodation vollständig gelähmt ist, convex 8·0 (+ $^1/_5$) vorgehalten wird, so wird er die Schriftprobe in $^1/_8$ m (12·5 cm = circa 5 Zoll) lesen, da die von dort kommenden Strahlen durch das Convexglas parallel gemacht werden. Man wird also, um den Nahepunkt zu bestimmen, in den oben erwähnten Fällen gut thun, ein Convexglas (etwa 5·0 bis 8·0) vorzulegen und damit die Schriftprobe lesen zu lassen; indem man sich mit ihr dem Auge immer mehr nähert, bestimmt man den nächstgelegenen Punkt, in welchem noch scharf gesehen wird. Alsdann misst man die Entfernung desselben vom Convexglase und berechnet sich nun nach der Linsenformel $\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{b}$, woher die durch die Convexlinse gebrochenen Strahlen factisch kommen. Dort liegt das p. proximum des Auges. Hat man beispielsweise gefunden, mit + 5·0 (Brennweite 20 cm) wird noch auf 10 cm accommodirt, so ist $\frac{1}{b}\left(\text{respective } \frac{1}{P}\right) = {}^1/_{20} - {}^1/_{10} = - {}^1/_{20}$, also P = 20 cm.

Optometer. Convexlinsen können in gleicher Weise auch zur Feststellung des Fernpunktes des Auges und somit der Refraction benutzt werden, indem man die Schriftprobe so weit vom Auge entfernt, als sie noch deutlich erkannt werden kann. Hierauf beruhen eine Reihe von Optometern. Aber es ist mehr zu beachten als gewöhnlich geschieht, dass eigentlich und in der Regel hierdurch nur der relative Fernpunkt bestimmt wird. Wenn auch die Schriftprobe in gerader Linie vor dem untersuchten Auge sich befindet, so convergirt doch das zweite, mit der Hand verdeckte Auge auf diesen Punkt. Es ist also eine Fernpunktbestimmung bei bestehender Convergenz der Sehachsen. Hierbei ist aber, wie uns die Betrachtungen über die relative Accommodationsbreite gelehrt, eine volle Accommodationsabspannung

meist nicht möglich. Wie wir ferner oben gesehen, fällt selbst der Grad der hierbei möglichen Abspannung noch verschieden aus, je nach den verschiedenen Refractionszuständen.

Um einige Abhülfe gegen das Convergiren bei diesen Proben zu schaffen, lässt man das zweite, nicht mitzuuntersuchende Auge offen und macht ihm durch eine Scheidewand das Sehen auf das Sehobject unmöglich: gleichzeitig fordert man auf möglichst in die Ferne zu blicken. So sucht man künstlich parallele Sehachsen zu schaffen. Auch dadurch, dass man bei Fixation des Sehobjectes vor das zweite Auge ein Prisma, Basis nach innen, legt, kann man es zum Auswärtsschielen, also zu einer Veränderung der Convergenz der Sehachsen veranlassen. Aber diese Hilfsmittel haben nicht überall Erfolg. —

Wenn man eine einfache Convexlinse als Optometer benutzen will, so lässt man eine entsprechend kleine Schriftprobe damit lesen und sucht nun durch immer weiteres Abgehen den scheinbaren Fernpunkt des Auges zu bestimmen, dessen factische Lage nach der Linsenformel alsdann berechnet wird.

Diese Berechnung kann man vermeiden und durch eine sehr einfache Regel sofort die Refraction erhalten, wenn man ein Convexglas von 10·0, in einer Entfernung von 10 cm vom Auge gehalten, zu den Bestimmungen benutzt. Wird hier das Sehobject ebenfalls in einer Entfernung von 10 cm (= der Hauptbrennweite von 10·0 D) vom Glase gehalten deutlich gesehen, so besteht Emmetropie (Strahlen aus 10 cm werden durch + 10·0 parallel gemacht); jeder Centimeter Differenz ergiebt eine Dioptrie Refractionsanomalie, und zwar beim Annähern des Objectes Myopie, beim Abgehen Hypermetropie. Ist beispielsweise das Sehobject in 8 cm deutlich, so besteht M 2·0 (= 10 — 8), in 6 cm M. 4·0 u. s. f. Ist das Sehobject in 14 cm deutlich, so besteht H 4·0 (= 14 — 10) u. s. f.

Kennt man die Entfernung, in welcher ein mit einer Convexlinse scharfgesehener Punkt sich befindet und bezeichnet die Differenz dieser Entfernung von der Brennweite der benutzten Linse (f) als d, so ist die gültige Formel für die scheinbare Entfernung des betreffenden Punktes vom Auge $= \frac{f^2}{d}$, immer vorausgesetzt, dass die Linse um ihre Hauptbrennweite vom Auge entfernt ist. Bei der Benutzung einer Linse + 10·0 (10 cm Brennweite) wird $\frac{f^2}{d} = \frac{100}{d}$. Ist beispielsweise alsdann d = 2, so liegt das Bild des betreffenden Punktes in 50 cm, d. h. das Auge ist auf 50 cm Entfernung (in negativer oder positiver Richtung) eingestellt: es besteht Ametropie 2·0.

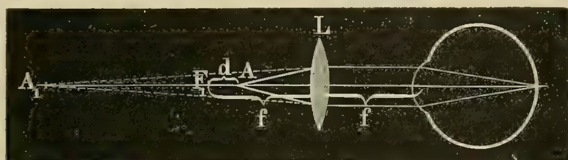
Die Ableitung der Formel ist sehr einfach nach der Linsenformel $\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{b}$. Wird die Entfernung A (die Lage des Sehobjectes) von der Convex-

linse L (Figur 42) bei vorhandener Myopie = f — d gesetzt, so ist $\frac{1}{f} - \frac{1}{f-d} = \frac{1}{b}$ oder

$$b(f-d) - fb = f(f-d)$$
$$b(f-d-f) = f^2 - fd$$
$$-bd = f^2 - fd$$
$$-b = \frac{f^2}{d} - f.$$

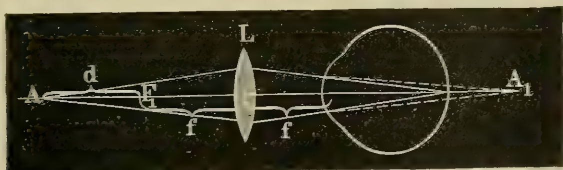
Das myopische Auge wäre also eingestellt für Strahlen, die aus der Entfernung von $\frac{f^2}{d} - f$ jenseits der Linse kommen (von A_1). Die Linse selbst ist aber vom Auge entfernt = f, folglich ist das Auge eingestellt für einen Fernpunkt von $\frac{f^2}{d} - f + f$, d. h. für $\frac{f^2}{d}$. Bei hyperopischem Auge wird A = f + d (Figur 43) gesetzt, und man kommt unter ähnlichen Erwägungen zu derselben Formel.

Bereits Burow hat mittels einer Convexlinse (1/4), die als Ocular in einer Röhre sich befand, welche am andern Ende die Sehprobe enthielt und ausziehbar war, ein Optometer construirt. Badal (1876) benutzte eine Ocularlinse von +16 D



42.

in seinem ähnlich construirten Optometer; jede Verschiebung um 4 mm entspricht hier einer Refractionsveränderung von 1·0 D. Der von mir angegebene und vorzugsweise für opthalmoskopische Untersuchung benutzte „Refractionsbestimmer"



43.

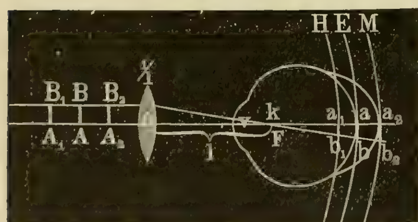
(cf. Ophthalmoskopische Refractionsbestimmung) lässt sich auch als Optometer verwenden. Ein Messband, das sich beim Druck auf einen Knopf in ein Gehäuse ein- und ausrollen lässt, beim Loslassen des Knopfes arretirt wird, dient zum Messen der Entfernung. Die Convexlinse befindet sich auf einem Metallstäbchen, das auf die untere Orbitalwand angesetzt wird und sie so in stets gleicher Entfernung vom Auge hält. Bei Bestimmung des Fernpunktes geht man von grösserer Nähe aus allmählich immer weiter ab von der Convexlinse, um die Accommodation

möglichst zu erschlaffen. Die gefundene Entfernung giebt bei Benutzung des Convexglases 10.0 nach obiger Formel sofort die Refraction. Burchardt hat in seinem Optometer an Stelle des Bandmaasses einen verschiebbaren Stab, an welchem die entsprechende Refractionsanomalie angeschrieben ist.

Beim Seggel'schen Optometer befindet sich die Probe auf durchscheinendem Glase am Ende eines ausziehbaren Tubus; eine Convexlinse bildet das Ocular. Die dem Annähern und Ausziehen entsprechende Refraction ist auf dem Tubus angegeben. Um die Convergenz der Sehachsen zu vermeiden, befindet sich neben diesem Tubus (wie bei einem binocularen Opernglas) ein zweiter, der aber am abgewandten Ende geschlossen ist. Durch diesen blickt das andere nicht untersuchte Auge. Ohne Zweifel wird hierdurch bei vielen eine annähernde Parallelität der Sehachsen erreicht.

Das in der belgischen Armee für Rekrutenaushebung eingeführte Loiseau'sche Optometer besteht aus einem Tubus, an dessen hinterem Ende die Sehprobe, ebenfalls auf Milchglas, sich befindet. Als Ocular wird eine Reihe von Gläsern verschiedener Brennweiten benutzt. Dieselben sind sehr klein, sodass eine genügende Anzahl in die Peripherie zweier kleiner Scheiben eingesetzt und hintereinander vor die Oeffnung des Tubus durch Drehen gebracht werden kann. Eine Tabelle giebt die Refraction an, welche dem vorgelegten bezüglichen Glase entspricht. Die Sehprobe kann in zwei Entfernungen (5 und 10 cm) von den Gläsern festgestellt werden, je nach dem grösseren oder geringeren Grade der Refractionsanomalie. Dass die Bestimmung nicht durch ein Zurückschieben der Sehproben, sondern durch die Verschiedenheit der vorgelegten Convexgläser gemacht wird, erschwert, besonders bei Ungebildeten, etwas die Bestimmung des Fernpunktes; denn bei entsprechender Accommodation wird mit einer Reihe von Gläsern scharf gesehen.

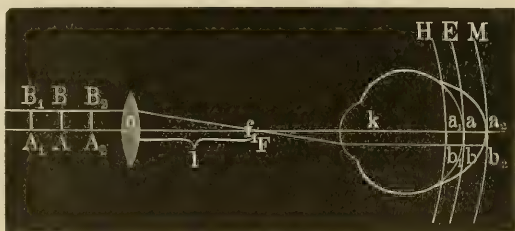
Die zuletzt angeführten Optometer haben gleichzeitig den Zweck, neben der Bestimmung der Refraction auch die Bestimmung der Sehschärfe zu geben. Auf den ersten Blick erscheint dies etwas auffällig. Muss z. B. bei dem Badal'schen und Burchardt'schen Optometer bei einem Emmetropen eine bestimmte kleine Sehprobe der Lage des Fernpunktes entsprechend weiter abgerückt werden als beim kurzsichtigen Auge, so sollte man a priori annehmen, dass das Erkennen dieser Sehprobe beim Emmetropen einen höheren Grad von Sehschärfe voraussetzt als beim Myopen, dem sie ja näher herangerückt wird. Aus der Grösse der bei dieser Methode erkennbaren Schriftprobe einen Schluss auf die Sehschärfe zu ziehen, könnte demnach als unrichtig erscheinen. Aber es bleibt unter der Voraussetzung, dass der Brennpunkt der Convexlinse mit dem Knotenpunkt des Auges zusammenfällt, der Gesichtswinkel, unter dem das Sehobject gesehen wird, trotz grösserer Annäherung oder Entfernung von der Linse gleich.



44.

Es sei A B (Figur 44) das Sehobject, o Mittelpunkt der Convexlinse $\frac{1}{1}$, deren Brennpunkt F mit k, dem Knotenpunkt des Auges zusammenfällt. Ein von B ausgehender, der Hauptachse paralleler Strahl wird so durch die Linse

$\frac{1}{l}$ gebrochen, dass er durch Brennpunkt F resp. k geht. Sein Bild fällt auf die Verlängerung dieser Linie. Alle von A ausgehenden Strahlen werden sich auf die Verlängerung der Linie A o k vereinen. Dasselbe trifft zu, wenn A B etwas weiter abgerückt ($A_1 B_1$) oder näher herangerückt ist ($A_2 B_2$). Sieht der Untersuchte A B scharf, so fällt das Bild auf seine Netzhaut. — Besteht Achsenhyperopie, so wird die Netzhaut dem Knotenpunkt näher liegen, besteht Achsenmyopie, ferner: immer aber bleibt der Gesichtswinkel v gleich. Betrachten wir diesen also als Maass der Sehschärfe, so bleibt die Sehschärfe gleich. Die Netzhautbilder allerdings werden eine verschiedene Grösse haben: sie sind kleiner auf der Netzhaut des hyperopischen Auges, am grössten auf der des myopischen Auges. Sollten die Netzhautbilder gleiche Grösse behalten, so müsste der Brennpunkt der Linse mit dem vorderen Brennpunkt des Auges zusammenfallen (Bravais, Nagel), wie Figur 45 zeigt. Die parallel der Hauptachse laufenden Strahlen gehen durch den Brennpunkt der Linse F, der mit dem vorderen Brennpunkt des Auges (f_1) zusammenfällt. Alle Strahlen, welche aber von letzterem ausgehen, durchlaufen das Auge parallel der Hauptachse.



45.

Badal hat in seinem Optometer eine Anzahl der Snellen'schen Typen photographisch verkleinert auf der durchscheinenden, dem Licht zugekehrten Objectplatte angebracht und die zum Erkennen derselben erforderliche Sehschärfe angegeben. Aehnlich ist Burchardt mit Punktproben verfahren. Auch in den Optometern von Seggel, Loiseau u. A. ist die Bestimmung der Sehschärfe in gleicher oder ähnlicher Weise ermöglicht. Allerdings ist zu beachten, dass der Brennpunkt der Linse factisch nicht genau mit dem Knotenpunkt des Auges zusammenfallen wird, da wir ja die Lage des letzteren erst in jedem einzelnen Falle feststellen müssten. Doch giebt die Sehschärfenbestimmung immerhin auch in dieser Form eine annähernde Genauigkeit. Störend ist bei der Benutzung von Sehproben auf durchscheinenden Milchplatten die Irradiation an den Rändern. —

Zur Bestimmung der Refraction bei parallelen Sehachsen können unter Verwendung der Snellen'schen Sehproben an Stelle der Brillengläser auch die Fernrohr-Optometer von A. v. Graefe, Hirschberg und Plehn dienen. Das erstere besteht in einer Art Galileischen Fernrohrs (Operngucker). Das Ocular bildet ein Concav-, das Objectiv ein Convexglas. Durch Aenderung der Entfernung dieser Gläser von einander und Wechsel in der Stärke des Concavglases werden die in den Tubus eintretenden annähernd parallelen Strahlen des fernen Sehobjects in der Weise gebrochen, dass durch sie die verschiedenen Divergenzen und Convergenzen der Strahlenrichtung repräsentirt werden, welche den verschiedenen Refractionsanomalien entsprechen. In dem Hirschberg'schen Optometer, das nach dem Princip des astronomischen Fernrohrs aus einer Convexlinse als Ocular und einer Convexlinse als Objectiv besteht, wird Aehnliches dadurch erreicht, dass die Gläser verschiedene Brennweiten haben und in verschiedene Entfernung von einander gebracht werden können. Sind die Gläser beispielsweise um die Summe

ihrer beiden Brennweiten von einander entfernt, so werden parallel das Objectiv treffende Strahlen auch das Ocular parallel verlassen: der zweite Brennpunkt des Objectivs fällt mit dem ersten Brennpunkt des Oculars zusammen.

Beide Optometer vergrössern aber die Sehproben und zwar je nach der für die einzelnen Refractionsgrade zu ändernden Einstellung in verschiedener Stärke. Sie sind demnach für Bestimmung der Sehschärfe weniger brauchbar. Plehn sucht diesen Uebelstand in seinem Optometer, dass zwei gegeneinander verschiebbare Convexlinsen von 5 cm Brennweite enthält, dadurch zu heben, dass er den Brennpunkt der Ocular-Convexlinse mit dem Knotenpunkt des untersuchten Auges zusammenfallen lässt: es werden so trotz Ab- und Anrückens des Objectivglases die von diesem entworfenen umgekehrten Luftbilder immer unter demselben Gesichtswinkel gesehen.

Die objective Refractionsbestimmung mittels des Opthalmoskops wird in dem Abschnitt Opthalmoskopie behandelt werden.

B. Specieller Theil.

1. Myopie.

Die Myopen (*μύειν* blinzeln) sind im Ruhestand ihres Auges auf divergente Strahlen eingerichtet, also auf Gegenstände, die näher als unendlich liegen. In der Regel beruht dies auf einer relativ zu grossen Länge der Augenachsen (Achsenmyopie), seltener allein auf einer zu starken Brechung oder Krümmung (Krümmungsmyopie); in letzterem Falle zeigt besonders die Hornhaut die abnorme Krümmung. Höhere Grade der Kurzsichtigkeit kann man, abgesehen von den oben erwähnten exacten Methoden der Refractionsuntersuchung auch annähernd so bestimmen, dass man kleinen Druck lesen lässt und nach und nach mit ihm so weit vom Auge abgeht, bis er undeutlich wird. An der betreffenden Stelle liegt ungefähr der Fernpunkt des Auges. Druckproben von verschiedener Grösse (etwa Snellen 0·4, die in 40 cm, oder 0·8, die bei voller Sehschärfe in 80 cm zu erkennen sind) werden von Kurzsichtigen ungefähr in einer und derselben Entfernung gelesen. Hierdurch unterscheiden sie sich sofort von Schwachsichtigen. So wird beispielweise ein emmetropischer Schwachsichtiger mit $S = {}^1/_2$ die Snellen'sche Probe 0·4 wegen seiner Sehschwäche nur in 20 cm lesen, hingegen 0·8 in 40 cm und so entsprechend grössere Proben in grösserer Entfernung. Der Kurzsichtige aber erkennt alle diese Schriften nur soweit, als es die Lage seines Fernpunktes erlaubt.

Die Myopie kommt in allen Abstufungen vor: schwächste Grade bis hinauf zu M 30·0 $\left(\frac{1}{1^1/_3}\right)$ und noch höher. Man hat hiernach verschiedene Klassen der Myopie unterschieden: schwache Myopie etwa bis M 2·0 (${}^1/_{20}$), mittlere bis M 6·5 (circa ${}^1/_6$) und hochgradige.

Es ist zu bemerken, dass die überwiegende Zahl der Myopen keine eigentlich kranke Augen haben; sogar hochgradig kurzsichtige Augen können, abgesehen von dem Fehlen der Fernsicht und einer eventuellen Herabsetzung der Sehschärfe, in ihren Functionen vollkommen normal sein und frei von jeder entzündlichen Affection bleiben. Auf der anderen Seite aber sehen wir eine Reihe myopischer Augen — und es gehören hierher vorzugsweise die stark progressiven und höhergradigen Formen — von schweren inneren Erkrankungen befallen und selbst dem Verluste des Sehvermögens ausgesetzt*.

Subjective Beschwerden. Bei Myopie geringsten Grades treten die Mängel des Schlechtersehens in der Ferne nicht sehr hervor; es giebt Menschen, die gar keine Ahnung von ihrer Kurzsichtigkeit haben, und erst durch das Vorhalten von Concavgläsern überzeugt werden, dass sie mehr sehen könnten, als das, womit sie sich begnügen.

Bei höheren Graden ist die Störung schwerwiegend, sie kann sogar die freie Orientirung beim Gehen auf der Strasse hindern. Da bei weiter Pupille die Zerstreuungskreise grösser sind, so suchen die Kurzsichtigen, um besser zu sehen, durch Verengrung der Lidspalte und Blinzeln einen Theil der Pupille zu verdecken. Auch sonst drückt sich in dem Aeusseren hochgradig Kurzsichtiger, falls eben nicht durch Gläser die entsprechende Correction vorhanden ist, öfters eine gewisse Unbeholfenheit aus. Beachtenswerth ist die Bemerkung von Dechales, einem im 17. Jahrhundert lebenden Jesuiten, dass ihnen in der Welt oft viel mehr entgehe, als ihnen selbst bewusst wird, und dass sie von vielen Dingen eine weniger richtige Kenntniss haben, weil sie das, was ihnen fehlt, durch lebhafte Phantasie ersetzen. Auffallend ist, wie verschieden eine hochgradige Kurzsichtigkeit von den Einzelnen ertragen wird. Während sehr viele, besonders dort, wo Kurzsichtigkeit in der ganzen Familie herrscht und erblich ist, ganz zufrieden mit ihrem Zustande

---

* Deutsche Heerordnung vom 22. November. 1888. § 7. Bedingte Tauglichkeit. 2. Geringe körperliche Fehler (im allgemeinen Ersatzreserve. jedoch ist die Aushebung zum activen Dienst keineswegs ausgeschlossen). Anlage 1 g: Kurzsichtigkeit mit grösserem Fernpunktabstande als 0·15 m (6 Zoll), wenn die Sehschärfe mehr als die Hälfte der normalen beträgt. § 9. Untauglichkeit. 2. (Landsturm 1. Aufgebots und bei hochgradigem Vorhandensein der Gebrechen dauernde Untauglichkeit.) Anlage 4a: 10. Kurzsichtigkeit, bei welcher der Fernpunktabstand auf dem besseren Auge 0.15 m (6 Zoll) oder weniger, die Sehschärfe aber mehr als 1/4 der normalen beträgt. (Cf. die Vorschriften über Herabsetzung der Sehschärfe in dem Kapitel: Simulation von Amblyopie und Amaurose.) — Nach dem Wehrgesetz in Oesterreich (1889) besteht Tauglichkeit zu jeder Art von Kriegsdienst bei einer Kurzsichtigkeit bis zu einem Fernpunktabstand von 25 cm (M 4·0) auf dem kurzsichtigen Auge. Für Einjährig-Freiwillige ist diese Grenze bis auf M 5·0, für Mediciner und Pharmaceuten sogar auf M 6·5 hinausgerückt.

sind — sie können ja, wie sie sagen, als Ersatz für die mangelnde Fernsicht, in der Nähe ausgezeichnet gut sehen — oder sich wenigstens mit ihrem Zustande abfinden, tritt uns bei Einzelnen eine hochgradige psychische Verstimmung entgegen, die beständig durch den Vergleich mit dem, was Andere sehen können, genährt wird.

Leider kann nicht immer durch Concavgläser vollkommen geholfen werden. Dies gilt besonders für Myopen höheren Grades, bei denen meist keine normale Sehschärfe für die Ferne zu erreichen ist. Aus meinen Untersuchungen von Gymnasiasten (3420 Augen) ergab sich, dass während volle oder übervolle Sehschärfe bei Emmetropen in 89 Procent vorhanden war, sie sich bei M 1—3 nur in 60·3 Procent, bei M 3—6 in 41 Procent und bei M > 6 sogar nur in 16·2 Procent fand; vorzugsweise häufig besteht Sehschwäche bei der angeerbten Myopie. Bei hochgradigen Myopen beträgt, ohne dass eine andere objectiv nachweisbare Ursache vorhanden ist, die Sehschärfe öfter nur $^1/_2$—$^1/_3$ der normalen. Die Erklärung hierfür kann nicht allein in der Wirkung der corrigirenden Concavgläser gesucht werden, die allerdings durch die Zurücklegung des zweiten Knotenpunktes das Netzhautbild gegenüber dem, wie es in dem uncorrigirten myopischen Auge war, kleiner machen: aber dieses relativ kleinere Netzhautbild eines bestimmten Gegenstandes kann immerhin noch grösser bleiben, als es beim emmetropischen Auge ist. Wenn trotzdem die Perceptionsfähigkeit für ein derartiges Netzhautbild beim Myopen nicht ausreicht, so könnte man mit Donders und Knapp annehmen, dass durch die Verlängerung der Augenachse eine Auseinanderzerrung der einzelnen Netzhautzapfen und Stäbchen in der Macula lutea und am hinteren Augen-Pole in der Weise erfolgt sei, dass selbst auf einer grösseren Fläche weniger percipirende Elemente vorhanden sind als beim emmetropischen Auge. Aber auch ohne diese Annahme lässt sich die relative Schwachsichtigkeit, die bei der Mehrzahl der hochgradigen Myopen vorhanden ist, durch anderweitige krankhafte Veränderungen der Zapfen (Heine hat eigenthümliche Degenerationsformen gefunden) erklären.

Auch das periphere Gesichtsfeld für Weiss, noch mehr für Farben ist bei hochgradigen Myopen im Allgemeinen etwas enger als bei Emmetropen (Weiss). Ebenso ist der Lichtsinn öfters herabgesetzt; es beruht hierauf die häufige Klage über erhebliche Verschlechterung im Dämmerlicht. Nicht selten haben Kurzsichtige, aber auch in der Regel nur die höheren Grade, Mückensehen (Myiodesopsie*, Mouches volantes). Sie nehmen die Schatten der im Glaskörper befindlichen kleinen Formelemente (Ringe, Ketten, Fäden, Platten u. dgl.) wahr und werden dadurch

* *μυῖα* Fliege. *ὄψις* das Sehen.

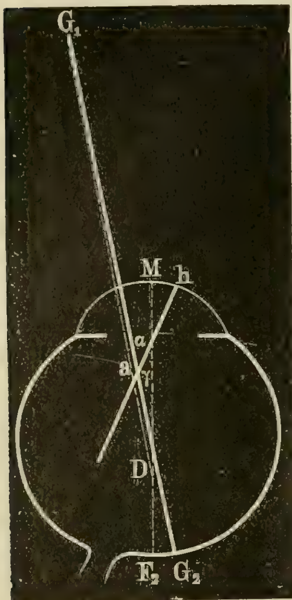
sehr belästigt. Diese Schatten treten bei ihnen besonders auffällig hervor, da alle von entfernteren Lichtpunkten ausgehenden Strahlen sich nicht in einem scharfen Punkte auf der Netzhaut vereinigen, sondern Zerstreuungskreise bilden; die undurchsichtigen Glaskörperelemente, welche im Laufe dieser Strahlenbündel liegen, halten das Licht aber ab und werfen so Schatten in den Zerstreuungskreis. Es schwindet daher bisweilen die Klage über Myiodesopsie, wenn corrigirende Brillen getragen werden; der jetzt scharfe Lichtpunkt auf der Netzhaut wird zwar durch die vom Glaskörper abgehaltenen Strahlen etwas lichtschwächer werden, hat aber keinen Raum für das Zustandekommen der Schatten. Weiter erklärt sich die Häufigkeit der Myiodesopsie daraus, dass sich gerade bei Kurzsichtigen oft pathologische Bildungen im Glaskörper finden. Sind sie so gross, dass sie der Augenspiegel nachweist, so spricht man von Glaskörpertrübungen. Auch eine erhöhte Reizbarkeit der Netzhaut, welche sich öfter gleichzeitig durch Auftreten von Blendungs-Erscheinungen, Schlechtersehen beim Blick gegen das Licht kund giebt, kann Anlass zur belästigenden Wahrnehmung der Mouches volantes geben.

Metamorphopsie kommt ebenfalls bei Myopen vor. Die Gegenstände, besonders in der Ferne, nehmen eine veränderte Gestalt an, gerade Linien erscheinen gebogen, die Concavität dem Fixationspunkte zugekehrt (Förster). Verschiebungen der Netzhautzapfen erklären dies.

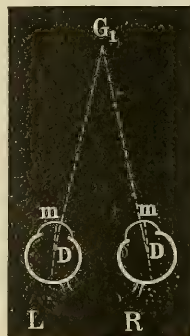
Beschwerden der Asthenopie finden sich nicht zu selten. Es fehlt die Ausdauer beim Arbeiten in der Nähe; beim Lesen verschwimmen zuletzt die Buchstaben, es tritt Druck und Brennen in den Augen, selbst Kopfschmerz ein. Häufig ist diese Asthenopie, besonders im progressiven Stadium der Myopie, Folge von Hyperämie im Augeninnern oder abnormer Accommodationsspannung; in anderen Fällen beruht sie auf einer Insufficienz der M. recti interni (vgl. das betreffende Kapitel), welche die dauernde Convergenz der Sehachsen unmöglich macht.

Objective Veränderungen. — Die kurzsichtigen Augen treten wegen ihrer langgestreckten, eiförmigen Gestalt oft stärker aus der Orbita hervor, erscheinen grösser. Lässt man sie nasalwärts wenden, so erkennt man die mehr ovale Krümmung gegenüber der kugelförmigen der Hypermetropen und Emmetropen. Die Pupillen sind häufig grösser, wodurch die Augen den Ausdruck grösseren „Feuers“ haben. Die vordere Augenkammer ist tiefer. Nicht selten besteht ein mässiges Irisschlottern (Iridodonesis) bei Bewegungen. Bisweilen bemerkt man ein auffallendes Einwärtsstehen der Augen (scheinbarer Strabismus convergens der Kurzsichtigen). Deckt man aber die einen Gegenstand fixirenden Augen abwechselnd mit der Hand, so findet keine Stellungsverrückung der Blicklinien statt.

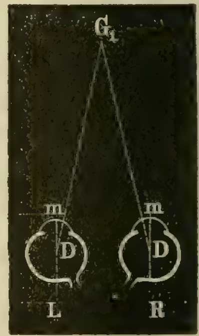
Es beruht dies auf folgendem Verhalten. Die Blicklinie, Verbindung des Drehpunktes des Auges (Figur 46 D. Rechtes Auge) mit dem fixirten Gegenstande [G_1], schneidet ebenso wie die Gesichtslinie (Verbindung der Macula lutea [G_2] mit dem Gegenstande [G_1]) in der Regel die Hornhaut nicht gerade in der Mitte [M], sondern etwas nach innen (nasalwärts). Wenn man die Hornhautmitte mit dem Drehpunkte D durch eine Grade verbindet (die Fortsetzung dieser Linie — Augenachse — trifft die Netzhaut zwischen Sehnerveneintritt und der Macula lutea in F_2), so schneidet sich diese mit der Blicklinie in einem Winkel, der von Woinow γ [MDG_1] genannt wird. Dieser Winkel ist im Durchschnitt bei



46.

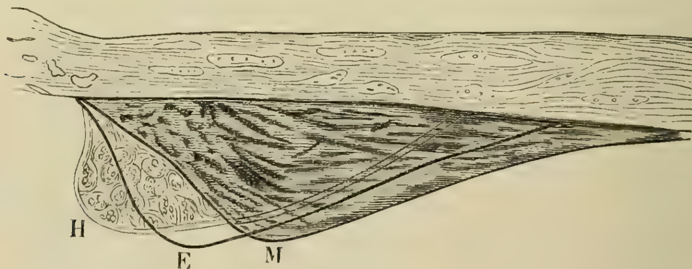


47.



48.

Hypermetropen grösser als bei Emmetropen; bei Myopen hingegen kleiner als bei Emmetropen, ja selbst negativ, indem die Blicklinie nach aussen von der Hornhaut fällt. Da wir nun gewohnt sind, die Stellung beider Augen bei der



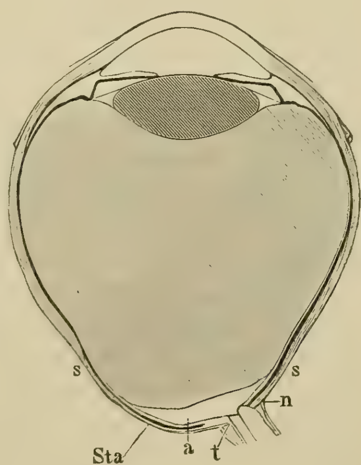
49.

Fixation eines in bestimmter Entfernung befindlichen Gegenstandes nach der Stellung der Hornhautmitte (Figur 47, 48 m) zu beurtheilen, so fallen uns grössere Lageveränderungen der letzteren auf. Bei Augen, deren Hornhautmitten mehr, als wir gewohnt sind, nasalwärts gerichtet sind (wie dies in Folge der Kleinheit des Winkels γ bei Myopen der Fall), scheint ein Einwärtsschielen vorhanden zu

sein (Figur 47), bei Augen mit grösserem Winkel γ ein Auswärtsschielen (Figur 48). Donders, der diese Beziehungen zuerst erforscht, hatte sie irrthümlicher Weise auf das Verhalten des Winkels α bezogen: eines Winkels, der von der Gesichtslinie [G_1 G_2] und der Achse der Hornhaut [h a] gebildet wird. Da letztere in der Regel auch annähernd durch die Mitte des betreffenden Hornhautschnittes geht (es würde demnach M mit h ungefähr zusammenfallen; in Figur 47 sind sie der Uebersichtlichkeit wegen zu stark auseinander gerückt), so ist praktisch keine erhebliche Differenz zwischen dem Winkel α und dem Winkel γ (Mauthner).

Der Ciliarmuskel (Figur 49 M) des myopischen Auges ist nach hinten gerückt, dicker und länger (Arlt) als bei Emmetropen. Nach Iwanoff's Untersuchungen findet eine Hypertrophirung der meridionalen Muskelfasern statt, gegenüber dem emmetropischen [E] und hypermetropischen Auge [H]; die circulären treten hingegen sehr zurück. Doch scheint diese Differenz vorzugsweise durch die verschiedene Länge der Augenachsen bedingt. Bei der Vergrösserung der letzteren im myopischen Auge werden die circulären Fasern auf ein kleineres Territorium zusammengedrängt, während die radiären und meridionalen Fasern mehr ausgedehnt werden (Herzog Carl Theodor).

Da der myopische Augapfel sich besonders in der Richtung der Augenachse vergrössert, so erhält er eine eiförmige Gestalt. Die Scleralpartien der hinteren Bulbushälfte sind verdünnt und ausgedehnt. Die allgemeine Ausdehnung kann noch partiell eine umschriebene Erweiterung von der temporalen Seite des Sehnerven zur Macula lutea hin erfahren, „Staphyloma posticum“ (Scarpa) (Figur 50 Sta, linkes Auge). Die Sclera ist hier besonders verdünnt [s], die Chorioidea zeigt atrophische Partien, öfter ist auch der Glaskörper abgehoben [a]. Gleichzeitig findet sich eine Vergrösserung des Zwischenraumes zwischen der äusseren und inneren Sehnervenscheide [t].



50.

Im Gegensatz zu diesen Staphylomen pflegen sich die weissen Sicheln, Coni, in anderer Weise zu entwickeln. Mit der Ausdehnung des Augapfels in der Richtung der Augenachse wird von der nasalen Seite (n) der Papille her der Scleralrand mit Chorioidea und Netzhaut schnabelförmig über den Sehnerven-Querschnitt herübergezogen (Nagel), während gleichzeitig an der temporalen Seite eine stumpfwinklige Ab-

rundung des Begrenzungsrandes des Scleroticalkanals mit Herausziehung von Opticusfasermasse über den eingebogenen Scleralrand auf die Innenfläche der Sclera stattfindet (Weiss, Stilling). Dies sind die ersten Veränderungen an der Papille, und das ophthalmoskopische Bild der kleinen, völlig weissen Sichel, welche wie eine gegen die Macula gerichtete Verbreiterung des normalen Scleralringes erscheint, lässt sich aus der Herüberziehung der Opticusfasermasse über den äusseren abgerundeten Scleralrand wohl erklären. Später wird auch die Chorioidea durch die Zerrung, welche sie besonders an der temporalen Seite des Opticus-Querschnittes trifft, atrophisch: man erkennt dann öfter auf der weiss durchscheinenden Sclera noch Reste von Pigment und kleinere Chorioideal-Gefässe. An der betreffenden Stelle functionirt in der Regel die Netzhaut nicht mehr, wie die entsprechende Vergrösserung des blinden Fleckes zeigt. In schweren Fällen umgiebt schliesslich eine atrophische Chlorioidealpartie kranzförmig die ganze Papille. Aber gelegentlich kommen auch umschriebene weissliche Sicheln nach anderer Richtung (unten, oben) zu Stande.

Man muss die myopischen Sicheln der Kurzsichtigen von den angeborenen trennen, die man auch bei Emmetropen und Hypermetropen gar nicht selten findet; letztere sind vollkommen weiss und verhältnissmässig schmal. Die nach unten sitzenden Coni, mit denen meist auch eine gewisse Herabsetzung der Sehschärfe verknüpft ist, dürften auf einen mangelhaften Verschluss der fötalen Augenspalte zurückzuführen sein.

Seltener gesellen sich zu den Dehnungsveränderungen ausgeprägte entzündliche Affectionen der benachbarten Chorioidea, — Fälle, für die man dann die v. Graefe eingeführte Bezeichnung Sclerotico-chorioiditis posterior (cf. Krankheiten der Chorioidea, Abschnitt 3) verwenden kann. Sclerectasia posterior nennt man die erworbene Ectasie der Maculagegend.

Alle Augen mit sehr hochgradiger Myopie haben zu den erwähnten Veränderungen eine Disposition; bei höchsten Graden (etwa über M 20·0) fehlen sie fast nie. Oefter verbinden sich Glaskörpertrübungen damit, denen hintere Polarkatarakte und schliesslich, wenn auch seltener Netzhautablösungen folgen. Aber letztere Affectionen finden sich auch bei geringeren Graden der Myopie, sodass es durchaus gerechtfertigt erscheint, eine mit entzündlichen Processen einhergehende und durch diese zum Theil bedingte Myopie von einer, allein von dem Augenbau abhängenden zu unterscheiden.

Aetiologie und Verlauf.

Die Kurzsichtigkeit kommt nur ausnahmsweise angeboren vor. Die ophthalmoskopische Refractionsbestimmung an atropinisirten Neuge-

borenen hat ergeben, dass in der weit überwiegenden Zahl der Fälle Hyperopie besteht, seltener ist Emmetropie, fast verschwindend Myopie (Königstein, Horstmann, Schleich u. Andere). Selbst in einem Alter von vier bis sieben Jahren wurde Myopie noch sehr sparsam beobachtet. So hat H. Cohn bei der Refractionsbestimmung von Dorfkindern, die zwischen dem 6. und 13. Lebensjahre standen, unter 456 Augen 435 emmetropisch, 17 hypermetropisch und nur 4 myopisch gefunden. Von den emmetropischen Augen wurde eine grössere Zahl atropinisirt; auch hier fand sich nach eingetretener Accommodationslähmung überall Hypermetropie. Nach dem 10. Lebensjahre pflegt meist die Kurzsichtigkeit zu Tage zu treten. Ihre stärkste Zunahme erfolgt in den folgenden Lebensjahren bis etwa zum 22. Jahre. Hält sich während der Entwicklungsjahre die Kurzsichtigkeit auf einem geringen Grad (etwa 2·0), so pflegt sie dauernd stationär zu sein.

Bei den höheren Graden der Kurzsichtigkeit (über 8·0) spielt die Erblichkeit eine grosse Rolle. Aber auch für die niederen Grade kommt sie in Betracht. Bei einer Untersuchung, die sich über ca. 1700 Gymnasiasten und Realgymnasiasten erstreckte, konnte ich bei den Eltern (Vater oder Mutter) Kurzsichtigkeit unter den Myopen 1·0—3·0 in etwa 54 Proc., M 3·0—6·0 in 57 Proc., M 6.0—8.0 in 62 Proc. und bei Myopie > 8·0 in 88·2 Proc. nachweisen. Natürlich spricht gegen diese Ergebnisse nicht, dass bei den Neugeborenen die Kurzsichtigkeit noch fehlt. Wie die Aehnlichkeit des Gesichts und der übrigen Körpertheile auch nicht beim Neugeborenen oder in der ersten Kindheit wahrnehmbar ist, — wie aus nicht unterscheidbaren Embryonen sich so verschieden gestaltete Wesen entwickeln, so gewinnt auch das Auge erst im Laufe der weiteren Lebensjahre seine Aehnlichkeit mit dem der Eltern.

Auf die Entstehung der Kurzsichtigkeit und auf die Erhöhung des Grades derselben wirken vielfach Schädlichkeiten, die in der anhaltenden Beschäftigung mit nahe gelegenen Dingen zur Zeit der Entwicklung des Körpers und des Augenwachsthums liegen. Selbst die höchsten Grade der Kurzsichtigkeit können hierdurch ohne nachweisbare Vererbung oder angeborene Anomalien des Auges veranlasst werden: gerade diese Fälle sind, wie meine Untersuchungen ergaben, sehr häufig mit abnormer Accommodationsspannung verknüpft. — Auch liegen Beobachtungen vor, wo die Kinder hyperopischer Eltern bis etwa zum 11. oder 12. Lebensjahre dieselbe Refraction zeigten, sogar mit Strabismus convergens verbunden, dann aber — ohne äussere Augenerkrankung — kurzsichtig wurden.

Besonders beachtenswerth sind für die in Betracht kommenden Verhältnisse die Massenuntersuchungen in Schulen von Cohn, Erismann u. A. Die Grade der Kurzsichtigkeit und die Zahl der Kurzsichtigen nimmt mit

der Höhe der Klassen und vor allem mit dem Lebens- bezw. Schulalter zu. Dass in der That die Schädlichkeiten, welche die höhere Schulbildung und fortschreitende Cultur mit sich bringt, wie anhaltende Nahearbeit, Ueberanstrengung, Vernachlässigung der körperlichen Ausbildung, zu lange Dauer der Gymnasialzeit und Aehnliches, auf die Entwicklung und Häufigkeit der Kurzsichtigkeit (der sogenannten Arbeits- oder Schulmyopie) Einfluss haben, kann nach den vorliegenden Untersuchungen nicht mehr bezweifelt werden. Unterstützt wird diese Anschauung auch durch Nachforschungen, die bei Völkern, welche ausserhalb unserer Culturentwicklung stehen, als Kabylen, Nubiern, Patagoniern, Lappen u. a. angestellt sind: hier fehlt die Kurzsichtigkeit vollkommen.

Um zu erklären, dass bei Einwirkung derselben Schädlichkeiten manche Augen kurzsichtig werden, andere nicht, hat man — abgesehen von der nicht definirbaren erblichen Disposition — nach bestimmten anatomischen Verhältnissen gesucht, welche die Ausdehnung des Augapfels begünstigen können. Hier würde besonders eine angeborene geringere Resistenzfähigkeit der Sclera und speciell des hinteren Augenpoles von Bedeutung sein.

Mit einer gewissen Berechtigung kann man auch an den Einfluss einer grösseren oder geringeren Länge des Sehnerven denken. Ist der Opticus kurz, so wird bei der Einwärtsstellung des Auges, die bei der Nahearbeit so häufig beansprucht wird, eine gewisse Zerrung desselben eintreten (Weiss), die vorzugsweise an der äusseren Sehnervenscheide zum Ausdruck kommt, da der Nerv vom Foramen opticum her, wo er befestigt ist, nach aussen zum Bulbus läuft. Diese Zerrung wird einmal einen Einfluss auf die Gestaltung der Papilla n. optic. ausüben und dann auch wegen der engen Verbindung der Sehnervenscheide mit der Sclera letztere nach hinten hin ausdehnen und ihre Widerstandsfähigkeit herabsetzen (Hasner).

Weiter kommt die Lage und Länge der das Auge begrenzenden Muskeln in Betracht.

Durch die häufige Convergenz wird bewirkt, dass die M. recti externi stärker und dauernd gedehnt werden und so die äussere Bulbusseite mit grösserem Drucke belasten. Hierdurch kann neben der mechanischen Wirkung, die auf eine Art Abplattung des im Wachsthum befindlichen, bisher kugelförmigen Bulbus hinausläuft, auch durch Druck auf die venösen Gefässe eine Blutstauung mit secundärer Inhaltszunahme im Auge bewirkt werden. Es muss dies besonders hervortreten, wenn die R. externi schon anatomisch in grösserer Länge dem Bulbus aufliegen.

Stilling schuldigt bezüglich des Druckes auf die Augenkapsel und der Zerrung der Sclera vorzugsweise die wechselnden Contractionen des Obliqu. superior an, die beim Lesen und Schreiben mit abwärtsgerich-

tetem Blicke eintreten: in der von ihm beobachteten Verschiedenheit im Ansatz der Obliquus-Sehne sucht er die Disposition der einzelnen Individuen zur Myopie. Er glaubte noch in anderer Weise die Richtigkeit seiner Anschauung stützen zu können. Wenn die Trochlea sehr hoch liegt, wird der über sie laufende Obliquus superior dem Augapfel nur in geringer Ausdehnung anliegen, bei niedriger Trochlea dagegen in grösserer. In letzterem Falle würde demnach eine Zerrung besonders leicht möglich und damit die Anlage zur Entwicklung des myopischen Baues gegeben sein. Vergleichende Messungen der Orbitalöffnung haben ihm in der That das Resultat gegeben, dass die hohen Augenhöhlen (Hypsiconchie) vorzugsweise den Emmetropen und Hyperopen, die platten (Chamaeconchie) den Myopen zukommen. Er glaubt demnach, hierin die Disposition zur Myopie zu finden. Jedoch haben meine sehr zahlreichen Nachuntersuchungen (ebenso wie die von Kirchner, Herrnheiser, Seggel u. A.) dies in keiner Weise bestätigt; auch Weiss hat, sowohl bezüglich dieser Frage als auch bezüglich des Einflusses des Obliquus superior auf das Zustandekommen des Staphyloma posticum, von den Stilling'schen Angaben abweichende Ergebnisse bekommen.

Was nun die eigentlichen und unmittelbaren Schädlichkeiten der Nahearbeit betrifft, so werden sie, wie schon aus Obigem hervorgeht, hauptsächlich und in erster Reihe durch die andauernde und starke Convergenz der Blicklinie bedingt. Dieselben werden sich steigern, wenn das Auge bereits einen Langbau hat und kurzsichtig ist. Es kommt dann noch hinzu, dass der Winkel γ kleiner ist als beim emmetropischen Auge oder mit anderen Worten, dass die Hornhautmitte näher dem nach innen von ihr befindlichen Schneidepunkt der Blicklinie gelegen ist. Blickt danach der Kurzsichtige auf einen nahen Gegenstand, so wird er die Mitte der Hornhaut und damit den ganzen Augapfel stärker nach innen drehen müssen als der Emmetrop.

Auch das Vornüberbeugen des Kopfes, bei welchem der Blutrückfluss in den Halsvenen erschwert wird, giebt Anlass zu Blutstauungen im Auge und einer davon abhängigen secundären Inhaltszunahme.

Dass, wie öfter behauptet wird, dauernde Accommodationsanstrengung Achsenmyopie veranlasse, erscheint weniger annehmbar. Es wäre allerdings möglich, dass das Nachvorwärtsrücken der Chorioidea, wie es nach Hensen's und Völker's Versuchen stattfindet, eine Zerrung und Hyperämie der Aderhautgefässe mit vermehrter Ausschwitzung zur Folge habe. Dieses Moment fällt aber bei einem gewissen Grade der Myopie, wo wegen der Nähe des Fernpunktes eine Accommodationsanstrengung unnöthig ist, garnicht mehr ins Gewicht. Auch spricht gegen eine besondere Schädlichkeit der Accommodations-

anstrengung die neuerdings von Förster besonders betonte Erfahrung, dass Myopen, die corrigirende, ja selbst übercorrigirende Concavbrillen dauernd tragen, unter denen sie beim Arbeiten starke Accommodationsanstrengungen machen müssen, recht häufig kein Fortschreiten ihrer Kurzsichtigkeit zeigen. —

Von dieser Arbeitsmyopie zu unterscheiden ist eine zweite Form von Kurzsichtigkeit mittleren oder höheren Grades, die ohne die erwähnten Schädlichkeitsmomente beobachtet wird. Es handelt sich meist um Augen, die mit inneren Entzündungen, Chorioiditen, Glaskörpertrübungen oder Netzhautablösungen behaftet sind. Hier dürften die entzündlichen Processe die Entwicklung der Kurzsichtigkeit bedingen, indem eine vermehrte Exsudation in den Glaskörper Anlass zur Ausdehnung der schon verdünnten oder erweichten Sclera und Chorioidea giebt und zwar dort, wo die Erkrankung vorzugsweise sitzt, am hinteren Augenpole. Auf der andern Seite kann aber, wie Seggel's und meine Untersuchung erwiesen haben, auch ein Uebergang der ursprünglichen Arbeits-Myopie in die letzterwähnte, wenn auch nur selten erfolgen, und ist eine vollständige Trennung, wie Tscherning will, nicht durchführbar. Selbst die Behauptung, dass die Arbeits-Myopie immer kleiner als 9,0 D bleibe, ist unzutreffend. Stilling hat für die hochgradigen und deletären Myopien als ätiologisches Moment die Verwandschafts-Ehen hingestellt: nach ihm sind erstere ein Product der Inzucht! Hiermit stimmen aber meine und Anderer Erfahrungen nicht überein: so fand sich beispielsweise in einer Zusammenstellung Velhagen's aus meiner Klinik unter 50 hochgradigen Myopen nur Einer, dessen Eltern blutsverwandt waren. —

Krümmungsmyopie kann durch eine stärkere Krümmung der normalen Cornea bedingt sein, vorzugsweise aber findet sie sich bei Keratoconus und bei sonstigen Kerectasien, wie sie nach pannöser Hornhautentzündung nicht selten sind. — Auch andere Hornhautprocesse, die keinen grossen Substanzverlust gesetzt haben, veranlassen in Folge zurückgebliebener leichter, mehr oder weniger diffuser Trübungen Kurzsichtigkeit. Hierdurch dürfte sich auch die nicht seltene Angabe, dass nach einer Ausschlagskrankheit die Kurzsichtigkeit entstanden sei, erklären. Zum Theil tritt eine wirkliche Krümmungszunahme der Cornea ein, meist ist es aber die durch Trübungen veranlasste Schwachsichtigkeit, welche eine verstärkte Annäherung der Objecte beim Sehen, und so eine Achsenverlängerung durch übermässige Convergenz herbeiführt. Andererseits vermisst man jedoch in nicht wenig Fällen, bei denen der Beginn der Kurzsichtigkeit auf exanthematische Krankheiten, besonders Masern zurückgeführt wird, die Hornhauttrübungen und die Herabsetzung der Sehschärfe. Es ist wahrscheinlich, dass hier durch die Krankheit eine Ver-

ringerung der Widerstandsfähigkeit des Gewebes der Bulbuskapsel gegen den äussern Muskeldruck entstanden ist. — Dass aus dauernden abnormen Accommodationsspannungen oder aus einem Accommodationskrampf schliesslich wirkliche Achsenmyopie entsteht, erklärt sich aus der stärkeren Annäherung der Objecte. Die bei beginnendem Star auftretende Kurzsichtigkeit ist Folge von Brechungsänderungen in der Linsensubstanz.

Prophylaxe.

Da wir ausser Stande sind, die Achsenmyopie rückgängig zu machen, wird es um so mehr unsere Aufgabe sein, den schädlichen Momenten, die ihre Entwicklung unterstützen, entgegen zu treten: eine hygienische Forderung, der in neuerer Zeit von allen Seiten betont und durch detaillirte Studien näher beleuchtet ist (Cohn, Erismann, Ad. Weber, Laqueur u. A.). Auch sind bereits von v. Hippel und mir Untersuchungs-Ergebnisse mitgetheilt, welche den günstigen Einfluss der betreffenden Maassnahmen zeigen.

1) Die Beleuchtung. Um genügendes Licht in den Schulzimmern zu schaffen, soll auf 5 qm Bodenfläche je 1 qm Fensterfläche kommen. Dies wird im Ganzen zutreffen, wenn die Schule frei steht, und nicht ihre Beleuchtung durch die Umgebung beeinflusst wird. Weiter soll das Licht von links kommen; sind die Räume zu gross, so kann daneben noch Beleuchtung von hinten her angewendet werden; am besten wäre hier Oberlicht, das sich aber nicht überall anbringen lässt. Man wird weiter die Fenster wegen des direct einfallenden Sonnenlichts nicht nach Süden legen und eben so wenig sehr stark reflectirende Wände und Flächen dem Auge gegenüber anbringen. Dem Augenarzte kommen nicht selten Fälle vor, wo Sehschwäche von den Patienten darauf zurückgeführt wird, dass sie lange Zeit bei ihrer Arbeit einer von der Sonne hell beschienenen Wand gegenüber gesessen haben. Auch habe ich Accommodationskrampf unter diesen Verhältnissen ebenso wie in Folge von dauernder Arbeit bei ungenügender Beleuchtung auftreten sehen. Wenn das Sonnenlicht zu blendend in das Zimmer einfällt, ist es durch graue Rouleaux oder andere Vorrichtungen zu mildern. In der Dämmerung ist das Lesen und Schreiben aufzugeben und sofort für künstliche Beleuchtung zu sorgen. Mit der Verminderung der Helligkeit nimmt auch die Sehschärfe ab: ist letztere auf $^1/_2$ der normalen, bei Tageslicht vorhandenen gesunken, so wird, wie mich Versuche gelehrt, sogar das Schreiben, das für den Geübten immer weniger Sehkraft erfordert als das Lesen, für die Augen anstrengend. Sinkt die Sehschärfe auf $^1/_3$, so kann man nur noch mit Mühe lesen oder schreiben. Mit der Verminderung der Sehschärfe im Dämmerlicht ist

ein stärkeres Herangehen an Schrift und Druck verknüpft; aber ausserdem sind auch die Buchstaben schlechter auf dem dunkler gewordenen Papier zu erkennen und erfordern eine grössere Anstrengung der Netzhaut, die dann wieder zu Reizungszuständen Anlass giebt. Es sollte daher nur so lange gelesen und geschrieben werden, als die Helligkeit gross genug für Sehschärfe = 1 ist. Als Maassstab kann man eine kleine Schrift, die in 30 bis 40 cm Entfernung bei voller Sehschärfe gerade noch scharf erkannt werden kann, benutzen; muss die Schrift wegen eintretender Dämmerung näher herangenommen werden, so ist mit Lesen und Schreiben aufzuhören. Fast noch häufiger wie in der Schule wird im Hause nach der Richtung gefehlt. Wenn die Schüler ihre Arbeiten für die Schule gemacht haben, benutzen sie gern die Dämmerung, um sich in ihre Privatlectüre zu vertiefen. Da diese in der Regel aber die jungen Köpfe etwas mehr erregt als die Schularbeiten, so kommt noch zu dem anstrengenden Sehen die geistige Anspannung und der dadurch bedingte stärkere Blutandrang nach dem Kopfe hinzu. Es muss daher besonders auch zu Hause darauf Gewicht gelegt werden, dass in der Dämmerung von den Schülern durchaus nicht gelesen werde. Man verdunkle lieber etwas früher die Fenster und zünde Licht an. Bezüglich der Prüfung, ob die Beleuchtung der Pultfläche ausreichend sei, kann auch für Schulzimmer obige Probe mit kleinen Seh-Objecten (z. B. den Burchardt'schen Punktproben) benutzt werden. Photometrische Messungen, wie sie H. Cohn mit dem Leonhard Weber'schen Photometer in grösserer Zahl angestellt hat, oder die Messung des Winkels, in dem noch directes Himmelslicht auf das Schreib-Pult fällt (Förster), sind mit grösseren Schwierigkeiten verknüpft und übertreffen an praktischer Brauchbarkeit nicht den Versuch mit Seh-Proben. Immer prüfe man, während die Classe besetzt ist, da die Anzahl der Schüler, ihre Grösse und Placirung von Einfluss darauf ist, wie viel Licht auf die Tischplatten fällt. Auch bei der künstlichen Beleuchtung ist auf entsprechende Helligkeit zu sehen; als Minimum verlangt Cohn eine Licht-Intensität von 10 Meter-Kerzen (1 Meter-Kerze ist eine Normalkerze, die in einem Meter Entfernung sich befindet. Jetzt wird die Hefner-Lampe meist als Lichteinheit benutzt; sie ist etwas lichstärker als die früheren Normalkerzen). Neuerdings hat man für Arbeitsräume in der Weise die künstliche Beleuchtung erheblich verbessert, dass man durch besondere Reflectoren das von dem unter der Decke befindlichen Leuchtkörper ausgehende Licht diffus vertheilte.

Zweitens kommen die Sitze und Subsellien der Schüler in Betracht. Es soll vor allem das Vornüberbeugen, die seitliche Rückgradsverkrümmung und das Schiefhalten des Kopfes vermieden werden: Uebelstände, die besonders beim Schreiben hervortreten. Dazu

aber bedarf es für Tisch und Sitz der Berücksichtigung nachstehender Punkte:

Die Tischfläche muss von dem Sitze eine bestimmte Entfernung (Differenz) haben; dieselbe wird durchschnittlich gleich $^1/_8$ der Körpergrösse + 4 cm zu wählen sein. Vom Sitzknorren bis zum Ellenbogen bei herabhängenden Armen beträgt die Entfernung etwa $^1/_8$ der Körperlänge. Da nun beim Schreiben die Hand auf der Tischplatte etwas höher liegt, kann man circa 4 cm zugeben. Hierbei ist das Auge in genügender Entfernung von dem Schreibheft und auch Unterarm und Hand können ohne excessive Erhebung, die wiederum eine Höherstellung der betreffenden Schulter und Schiefstellung der Wirbelsäule zur Folge haben würde, die Schriftzüge ausführen. Da die Grösse der Kinder in einer und derselben Schulklasse aber verschieden ist, so muss auch die Höhe der Subsellien verschieden sein. Im Ganzen wird man mit zwei bis drei verschiedenen Formen in jeder Klasse auskommen, da ein gewisser Breitegrad in der Differenz zu gestatten ist.

Ferner soll der Rand der Tischplatte so nahe dem Schüler beim Schreiben herangerückt sein, dass ein vom Tischrande auf die Sitzfläche gefälltes Loth gerade den vorderen Rand derselben (Distanz = 0) oder die Sitzfläche selbst trifft, etwa 2 bis 3 cm vom Rande entfernt (negative Distanz). Ist hingegen die Tischplatte vom Sitz weiter entfernt (positive Distanz), so muss der Schreibende sich vornüber auf die Tischplatte beugen und sitzt in extremen Fällen nur noch mit dem hintersten Theil seines Gesässes auf. — Allerdings wird durch derartiges Naherücken der Tischplatte an den Sitz das Aufstehen der Kinder und das Durchgehen verhindert. Man hat, um das zu ermöglichen, entweder die Bänke (Sitze) oder die Tischplatte verschiebbar gemacht. Die ersteren werden, wenn nicht geschrieben wird, zurückgeschoben (so z. B. bei den Hippauf-Bänken; die in Hessen-Darmstadt eingeführten Lickroth'schen sind Klappsitze, die beim Aufstehen zurückklappen), oder die letzteren hinaufgeschoben (so bei Kunze's Tisch, bei der Wiener Schulbank u. s. f.). Im übrigen genügt eine 0-Distanz vollkommen. Bei Erwachsenen (so z. B. in den Universitäts-Auditorien) macht man sie indessen lieber positiv, da sonst etwas dickere Persönlichkeiten zu stark eingeengt werden.

Die Tischplatte muss eine bestimmte Neigung haben, da das zu starke Abwärtsblicken anstrengend ist und leicht ein Vornüberlegen des Kopfes bewirkt. Beim Lesen sollen die Bücher mit der Hand oder mittels eines Lesebrettes aus demselben Grunde etwa 40 bis 50 Grad gegen die Horizontale geneigt gehalten werden; beim Schreiben ist diese Erhebung für die Hand unbequem, doch sollten etwa 15 Grad beibehalten werden.

Weiter muss die Bank so weit vom Fussboden oder Fussbrett ent-

fernt sein, dass die Füsse gerade gut aufgestellt werden können; auch soll eine genügende Breite der Sitzfläche vorhanden sein. Zur Stütze der Wirbelsäule muss die Bank eine bequeme Lehne haben. Ferner wird man darauf Rücksicht nehmen, dass die Bänke einer ausgiebigen Reinigung der Schulräume nicht hinderlich sind. Es ist übrigens unglaublich, was betreffs der Reinlichkeit gesündigt wird: in manchen Schulen werden die Zimmer nur in den Ostern- und Michaelis-Ferien einmal nass aufgescheuert, in der Schulzeit aber nur halbwöchentlich oder gar wöchentlich ausgefegt. —

Aber trotz guter Bänke sitzen die Kinder doch nicht gerade; besonders wird der Kopf gern gebeugt und gedreht. Um dies zu hindern, sind Kopfhalter mit Stützen zu verwerthen. So die Soennecken'schen Kinnstützen, die, an den Tisch geschraubt, zum Aufsetzen des Kinns dienen, oder noch besser die Kallmann'schen Durchsichts-Stative: mit Gummi überzogene und auf einem Stativ befindliche grosse eiserne, entsprechend gebogene Ringe, hinter die das Gesicht des Kindes zu liegen kommt. Mädchen kann man auch mit ihrem Zopf an die Stuhllehne binden.

Es darf aber nicht genügen, dass in den Schulen für entsprechende Sitze gesorgt wird; auch die Eltern müssen darauf ihre Aufmerksamkeit richten. Hier empfehlen sich die Arbeitstische, welche nach den oben angeführten Grundsätzen gearbeitet sind, aber in der Höhe der Sitze etc. verschiedene Stellungen zulassen und demnach für eine Reihe von Lebensjahren ausreichen. Selbst mit einfachen Mitteln, so durch die Wahl der richtigen Höhe der Stühle und entsprechendes Heranrücken derselben an den Tisch lässt sich Ausreichendes leisten.

3) Die Haltung der Kinder. Vorzugsweise pflegen die Kinder schlecht zu sitzen beim Schreiben, weniger beim Lesen. Die Untersuchungen haben gezeigt, dass die Haltung des Kopfes beim Schreiben in erheblichem Grade davon beeinflusst wird, dass beim Visiren der Schriftzüge die Augenbewegungen möglichst bequem stattfinden können. In der Mehrzahl der Fälle wird nur die Ausführung der Grundstriche mit den Augen genauer verfolgt.

Bei der schrägen Currentschrift machen die Grundstriche einen Winkel von etwa 45 bis 60 Grad mit der Schreiblinie. Da die Augenbewegungen am bequemsten gerade nach oben und gerade nach unten erfolgen, so wird die Kopfstellung beim Visiren der Grundstriche so sein müssen, dass eine die Drehpunkte beider Augen verbindende horizontale Linie (Basallinie), wenn sie auf das Papier projicirt gedacht wird, mit den Grundstrichen der Schrift einen rechten Winkel bildet. Dies hat sich auch durch zahlreiche Untersuchungen an schreibenden Kindern, wie sie von Ad. Weber und besonders von Berlin und Rembold in Stuttgart angestellt sind, als richtig herausgestellt. Bei

über 90 Procent der Untersuchten bestand ein Winkel von annähernd 90 Grad. Hält nun das Kind das Heft gerade vor sich und so, dass der untere Rand desselben der Tischkante parallel ist, wie es bei uns meist geschieht, so muss das Gesicht nach rechts gedreht und der Kopf etwas nach der linken Seite geschoben werden, damit die Basallinie der Augen senkrecht auf die Grundstriche der Schrift zu stehen kommt. Dabei stützt sich unter Verschieben der Wirbelsäule bei schlechten Subsellien der ganze Körper auf den linken Arm. Legen wir hingegen das Heft gerade in die Mitte vor uns, drehen es aber mit der rechten Ecke nach oben, so dass sein unterer Rand mit der Tischkante einen Winkel von 45 Grad bildet, so schneidet letztere die Grundstriche, wenn sie mit den Schreiblinien einen Winkel von 45 Grad bilden, unter 90 Grad. Das Gesicht kann demnach gerade nach vorn gerichtet und die Basallinie der Augen der Tischkante parallel bleiben. Diese Haltung der Schreibhefte wird als die naturgemässe anzustreben sein. Besonders auffällig ist die Abhängigkeit der Kopfhaltung von der Lage der Grundstriche vorzugsweise bei Kindern, weil diese einmal grösser zu schreiben pflegen und dann auch mit grösserer Sorgfalt und Genauigkeit die Ausführung der Grundstriche mit den Augen verfolgen. Schnellschreibende Erwachsene pflegen beides zu unterlassen und daher auch eine bessere Kopfhaltung zu haben, selbst wenn sie das Blatt gerade vor sich legen. Bei Ausführung einer ganz steilen Schrift, die mit der Schreiblinie einen rechten Winkel bildet, wird der Rand des Heftes natürlich dem Tischrande parallel bleiben müssen, wenn die Verbindungslinie beider Augen sich mit der Schrift unter 90 Grad kreuzen soll. Versuche, die in den letzten Jahren in einzelnen Schulen mit der Steilschrift gemacht sind, haben zu dem Ergebniss geführt, dass die Kinder hierbei eine entschieden bessere Haltung gewinnen.

Neben diesen in den Gesetzen der Augenbewegung liegenden Motiven zur Anempfehlung einer bestimmten Heftlage kommt auch die Muskelthätigkeit der Hand beim Schreiben, welche ebenfalls eine möglichst wenig anstrengende sein muss, in Betracht.

4) Das Schreibmaterial spielt eine bedeutende Rolle. Griffel und Schiefertafel sind im Allgemeinen nicht zu empfehlen. Der zu starke Reflex und das Zerkratzen des Schiefers, wodurch die Schrift schwer erkennbar wird, sind von allen Seiten als Schädlichkeiten empfunden worden. Auch die von Thieben in Pilsen gefertigten weissen Steintafeln, ebenso wie die von Wenzel in Mainz aus weiss emaillirtem Eisenblech haben sich nicht bewährt. Vielleicht lässt sich am besten bei den Anfängern Blei und weisses Papier verwenden. Es ist dies allerdings etwas theuerer, auch das häufige Spitzen des Bleies unbequem, aber der Vortheil gegenüber der Schiefertafel ist in die Augen springend, wenn

man eben auf Grund pädagogischer Erfahrungen nicht gleich mit Tinte und Feder anfangen will. Durch eine neuere Vorschrift des preussischen Cultusministeriums ist der Gebrauch der Schiefertafeln auf die ersten beiden Schuljahre beschränkt worden, während die Züricher Schuldirectoren bereits 1879 als Schreibmaterial grundsätzlich Papier und Federhalter vorgeschrieben haben.

5) Das Lesen. Auch der Druck der Lesebücher ist zu überwachen. Hierbei kommen vorzugsweise in Betracht: Die Entfernung der Buchstaben von einander, ihre Grösse und die Distanz der einzelnen Linien. Versuche haben ergeben, dass bei leicht lesbarem Druck die Höhe der Buchstaben (n ist hierbei als Maass angenommen) mindestens 1·5 mm sein soll, die Entfernung zweier Buchstaben (Approche) 0.75 mm und der Durchschuss oder die Distanz zwischen dem unteren Rande der kleinen Buchstaben in der oberen Linie und dem oberen Rande derjenigen in der unteren 2 bis $2\frac{1}{2}$ mm betragen muss. Die Länge der Zeilen darf ebenfalls nicht zu gross sein, um unbequeme Augenbewegungen zu vermeiden; 100—110 mm würden entsprechend sein. Was die Form der Buchstaben betrifft, so sind die lateinischen (Antiqua) wegen ihrer grösseren Einfachheit und des Mangels an Ecken und Schnörkeln den deutschen (Fractur) vorzuziehen. Besondere Aufmerksamkeit erfordern in den höheren Klassen die Stereotypausgaben der Klassiker, die Wörterbücher und die Landkarten. In den unteren Klassen ist der Druck der Bücher, besonders in den Fibeln, meist entsprechend gross; weniger zufriedenstellend aber ist das Papier, das wegen Dünnheit oft den Druck der anderen Seite durchscheinen lässt, auch gelegentlich zu grau ist. Ebenso ist auf die Wandtafeln zu achten. Sie dürfen nicht „schwarze Spiegel“ bilden, da der starke Reflex die Schrift unlesbar macht, und müssen entsprechend rein gehalten werden.

6) Die Beschäftigung. Selbst mit Ausschluss der erwähnten Schädlichkeiten wirkt eine andauernde und ununterbrochene Beschäftigung mit Schreiben und Lesen für die Augen nachtheilig, aber nicht nur für diese, sondern für die ganze Entwicklung der Kinder, wenn nicht Pausen eintreten und eine genügende Zeit zu körperlichen Bewegungen gelassen wird. Das dauernde Stillsitzen unserer Kinder darf nicht zu früh beginnen und unterstützt werden. Stubenhocker werden schon später viele von selbst. Ein dankenswerther Erlass des preussischen Cultusministeriums vom 10. November 1884 betreffend die Erholungspausen zwischen den Lehrstunden und die Zeitdauer der häuslichen Arbeiten der Schüler höherer Unterrichts-Anstalten bestimmt Folgendes. Bei 4 Stunden Vormittags- und 2 Stunden Nachmittags-Unterricht soll die Gesammtdauer der Erholungspausen nicht weniger als 40 Minuten betragen und darf 45 Minuten nicht überschreiten; Vormittags nach der 2. und Nachmit-

tags nach der 1. Lehrstunde eine Pause von 15 Minuten; nach der 1. und 3. Stunde Vormittags kürzere Pausen. In diesen sollen die Schüler die Klassen-Zimmer, welche zu lüften sind, verlassen. Die häuslichen Arbeiten dürfen folgende Zeit nicht überschreiten: in der Sexta 1 Stunde, Quinta 1½ Stunde, Quarta und Unter-Tertia 2 Stunden, Ober-Tertia und Unter-Secunda 2½ Stunde, Ober-Secunda und Prima 3 Stunden. Weiter sind vom Vormittag auf Nachmittag keine Aufgaben zu stellen. — Am besten wäre es, den Nachmittags-Unterricht ganz ausfallen zu lassen; auch wird betreffs der für die häuslichen Arbeiten bestimmten Zeit, die recht hoch gegriffen ist, zu betonen sein, dass es sich um das Maximum der erlaubten Forderung handelt.

Ferner ist zu vermeiden das nutzlose Abschreiben und ebenso das massenhafte Exempelschreiben in den untersten Klassen, wodurch das Auge oft übermässig angestrengt wird, — um so mehr als es für die Ausbildung meist nutzlos ist, da es ganz mechanisch geschieht.

Es liessen sich noch mancherlei Schädlichkeiten der Schulbeschäftigung anführen: so das officiell eingeführte Zeichnen nach der Stuhlmann'schen stigmographischen Methode in einem Gewirr von Punkten und Netzen. Aehnlich die Augen angreifend wirken die zahlreichen schrägen Linien in manchen Schönschreibheften. In den Mädchenschulen wird viel gesündigt durch Handarbeiten, besonders durch übertriebenes Weissnähen, Perlenstickereien, Namensticken u. dgl.

In den höheren Schulen sorge man vor allem dafür, dass das Jahres-Pensum auch in der entsprechenden Zeit von allen Schülern absolvirt werden kann und das jetzt so übertrieben häufige zweijährige Verbleiben in einer Klasse vermieden wird. Hiergegen würde schon die allgemeine Einführung halbjährlicher Versetzungen Nutzen bringen, da auf diese Weise den Sitzengebliebenen die Möglichkeit gegeben wird, wenigstens in 1½ Jahr die Klasse durchzumachen. Mit dem 18., höchstens 19. Lebensjahre sollte das Gymnasium absolvirt sein: in Preussen erreichten dies 1887/8 nur 40 Procent der Abiturienten.

Therapie.

Durch entsprechende concave Brillen-Gläser können wir den Myopen die Fernsicht wiedergeben. Aber auch für die Nähe sind Concav-Gläser bisweilen erforderlich, weil sie den Patienten die Möglichkeit gewähren, in grösserer Entfernung zu lesen und zu arbeiten und so vor allem die schädliche, übermässige Convergenz zu vermeiden. Doch muss man auch darauf hinwirken, dass nunmehr in der That in der entsprechenden Entfernung gearbeitet wird, am besten durch passende Tische, nöthigenfalls durch Kopfhalter. Man bestimme daher, wenn möglich, die Myopie stets gleichzeitig objectiv ophthalmoscopisch; jedenfalls lasse man die

Kurzsichtigen auch binocular mit aufgesetzten Gläsern sehen: man findet dann häufig, dass dieselbe Sehschärfe erreicht wird mit schwächeren Gläsern, als sie bei der monocularen Prüfung nötig waren, wo unter der deckenden Klappe ein Auge vielleicht etwas convergirte und dadurch eine Accommodationsspannung herbeiführte.

Die Wahl der Gläser richtet sich nach dem Grade der Kurzsichtigkeit, nach der Sehschärfe und nach der Accommodationsbreite des Patienten. Wenn wir von dem Kurzsichtigkeitsgrade hier sprechen, so ist die reelle Kurzsichtigkeit unter Ausschluss einer complicirenden abnormen Accommodationsspannung oder eines Accommodationskrampfes gemeint.

Das Brillentragen ist gegen Ende des 13. Jahrhunderts zunächst in Italien in Gebrauch gekommen; in Deutschland wird die Concavbrille seit Mitte des 16. Jahrhunderts häufiger benutzt. Nero's concav geschliffener Smaragd diente nur als Hohlspiegel (Hirschberg). — Man achte vor allem darauf, dass die Brille gut sitzt und die Gläser grade senkrecht vor dem Auge stehen; nicht etwa die lateralen Seiten durch die Brillenstange nach hinten gezogen werden. Ebenso muss ihr Centrum, wenn nicht besondere, später zu erwähnende Gründe es anders bedingen, grade vor der Pupillenmitte beim Blick grade aus liegen. Die Distance der Pupillenmitten von einander ist individuell verschieden: rund 60 mm. Auch soll das Glas klar und ohne Risse, Schlieren etc. sein. Die „isometropen" Gläser übertreffen unsere guten Gläser an Klarheit und Durchsichtigkeit kaum und die gerühmte, etwas stärkere Brechung ist für eine grössere Dünnheit und Leichtigkeit fast ganz bedeutungslos. Ob man Brille, Pince-nez oder Lorgnette benutzen will, hängt zum Theil von der Dauer des Gebrauches, zum Theil von der Neigung — und der Nase des Trägers ab. Bei beständigem Aufbehalten oder langfortgesetztem Gebrauch ist die Brille meist vorzuziehen, da sie am sichersten sitzt.

Bei normaler Sehschärfe, guter Accommodationsbreite (etwa annähernd bis 12·0 D.), wie sie dem jugendlichen Alter entspricht und einer Myopie bis etwa 6·5 (circa $^1/_6$) würde wissenschaftlich nichts dagegen einzuwenden sein, wenn man dem Patienten eine corrigirende oder fast corrigirende Brille zum dauernden Tragen giebt. Allerdings wird der Myop anfänglich dadurch in andere Accommodationsverhältnisse beim Nahesehen gesetzt. Wir wissen, dass die relative Accommodationsbreite bei ihm sich anders ausgebildet hat, als beim Emmetropen. Wenn ein Myop 5·0 beispielsweise bei einer Convergenz auf ein 20 cm entferntes Sehobject ohne Brille keine Accommodationsanstrengung nöthig hatte, so würde er unter der corrigirenden Brille, die ihm seinen Fernpunkt in die Unendlichkeit legt, jetzt beim Blick auf 20 cm Entfernung 5·0 accommodiren müssen. Dies wird ihm anfänglich viel schwerer und unbequemer fallen, als dem Emmetropen, bei dem sich stets mit dieser Convergenz auf 20 cm auch eine Accommodationsspannung verknüpft hatte. Aber allmählich wird sich das Auge eines jugendlichen Individuums den neuen Verhältnissen anpassen

und schliesslich wird sich auch für die verschiedenen Convergenzen, und mit diesen verknüpft, sofort eine Accommodationsspannung (— relative Accommodation —) einstellen, wie sie dem emmetropischen Auge entspricht. Aber das Bestehen einer guten Accommodationsbreite bildet die Voraussetzung. Immerhin wird es empfehlenswerth sein, nicht mit einem Schlage diese totale Umwälzung der Accommodationsverhältnisse zu beanspruchen, wenn es sich um einen einigermaassen höheren Myopiegrad handelt. Es werden hier für die Nähe besser Concavbrillen zu geben sein, die schwächer als die Myopie sind. Bei ganz hohem Grade der Myopie sind sogar die Patienten, die früher keine Gläser getragen, meist ausser Stande, mit voll corrigirender Brille sofort lesen zu können. Als zweites Erforderniss wurde annähernd normale Sehschärfe aufgestellt. Jede merkliche Herabsetzung der Sehschärfe bedingt ein näheres Herannehmen des Gegenstandes. Trotz der corrigirenden Brille könnte der Patient demnach nicht die Gegenstände entsprechend fern halten; das Sehen würde nur noch durch dieselbe erschwert, da mit der starken Convergenz auf den sehr angenäherten Gegenstand sich jetzt noch eine ungewohnt hohe Accommodation verbinden muss. Auch wird, wie wir gesehen, durch Concavgläser der zweite Knotenpunkt im Auge nach hinten gerückt und so das Netzhautbild verkleinert: ein Nachtheil, der bei schon vorhandener Sehschwäche besonders störend ist. —

Wenn demnach unter gewissen Verhältnissen nichts gegen das Tragen von corrigirenden Concavgläsern einzuwenden ist, dasselbe im Gegentheil durch Verhinderung übermässiger Convergenz und vollständige Gleichstellung des myopischen Auges im Sehen mit dem emmetropischen Auge seine Vortheile hat, so hat doch das dauernde Brillentragen selbst so mancherlei Unbequemlichkeiten (zur Verschönerung des Gesichts dient es auch nicht!), dass man es nur im Nothfall anwenden wird. Ausserdem ist die Brille für alle niederen Grade der Myopie (etwa unter 2·5) bei der Nahearbeit überflüssig. Wenn der Fernpunkt in 40 cm liegt, so kann die Arbeit soweit abgehalten werden, dass eine schädliche Convergenz der Sehachsen und ein Vornüberbeugen des Kopfes vermieden wird. Ja selbst noch bis etwa zu einem Fernpunkt von 20 cm (M. 5·0) ist die Arbeit ohne Brille zulässig unter der Voraussetzung, dass die Myopie nicht progressiv ist und keine Insufficienz der M. recti interni besteht. In allen diesen Fällen genügt es, für die Ferne die corrigirenden Gläser zu geben. Dieselben werden am besten bei den geringeren Graden, wo ohne Glas die Sehschärfe nicht zu erheblich verringert ist (bei M. 2·0 beträgt sie ohne Glas circa $^1/_3$, wenn mit Glas volle Sehschärfe besteht), in Pince-nez- oder Lorgnettenfassung verordnet, um nur vorübergehend benutzt zu werden; bei den Myopen mittlerer Grade, die wegen zu schlechten Sehens dauernd Gläser für die Ferne tragen

wollen, sind Brillen eher am Platze. Aber es giebt alsdann die Unbequemlichkeit des Absetzens leicht Veranlassung, die Brille auch beim Nahesehen aufzubehalten.

Kurzsichtige, welche eine Myopie > 5·0 haben, werden zum guten Sehen dauernd eine Brille tragen müssen. Dieselbe kann unter den oben ausgeführten Voraussetzungen entweder ganz oder annähernd die Kurzsichtigkeit corrigiren. Da bei Kurzsichtigen > 7·0 in der Regel eine Sehschärfenherabsetzung besteht, so wird man diesen für die Nähe nicht die voll corrigirende Brille geben, sondern etwa eine solche, die ihren Fernpunkt auf circa 25 cm verlegt.

Bei M. 10·0 würde beispielsweise durch concav 6·0 der Fernpunkt auf 25 cm verlegt werden, wie sich aus Folgendem ergiebt. Concav 10·0 legt den Fernpunkt in die Unendlichkeit. Da wir ihn aber nur nach 25 cm verlegen wollen, so ist concav 10·0 um die Brechkraft eines Glases zu stark, welches parallele Strahlen so zerstreut, als ob sie aus 25 cm kämen, das ist concav 4·0: also 10·0—4·0 = 6·0. Bequemer ist hier die Rechnung nach Zollmaass. Bei M. $^1/_4$ soll beispielsweise der Fernpunkt auf 8 Zoll verlegt werden: $^1/_4 - ^1/_8 = ^1/_8$ oder auf 16 Zoll, wie es zum Klavierspielen meist ausreicht: $^1/_4 - ^1/_{16} = \frac{1}{5^1/_3}$.

Für grössere Entfernung kann dann das zur vollen Neutralisation ergänzende Glas noch als Pince-nez oder Lorgnette vorgelegt werden. Also beispielsweise bei M. $^1/_4$, wo für die Nähe Brille — $^1/_8$ getragen wird, kann für die Ferne Pince-nez — $^1/_8$ vor die Brille gesetzt werden. — Wenn hier allgemeine Regeln zur Brillenwahl gegeben sind, so bleiben damit Abweichungen für den Einzelfall nicht ausgeschlossen. Abgesehen von den Fällen, wo das Fortschreiten der Myopie Brillen zur Verringerung der Convergenz erfordert, sollte man sich auch nach dem Behagen und den Gewohnheiten der Patienten richten. Warum einer Dame, die trotz ihrer M. 7·0 keine Brille oder kein Pince-nez für die Ferne tragen will, und sich eben mit dem begnügt, was sie sieht, diese optischen Hilfsmittel aufzwingen? Auffallend ist auch, wie nicht-brillentragende Kurzsichtige lernen, ihre Zerstreuungskreise zu einem richtigen Bilde zu verwerthen und bisweilen erstaunlich gut ohne Gläser sehen können. Weiter finden wir hochgradig Kurzsichtige, die in grösster Nähe ohne Brille, aber auch ohne schädliche Convergenz lesen, indem sie ein Auge nach aussen abweichen lassen. Ebenso wird man der Gewöhnung an eine bestimmte Brillennumer, wenn sie nur nicht übercorrigirt oder sonst etwa schädlich gewirkt hat, ihr Recht lassen. Jedenfalls ist die Brillenwahl sehr sorgsam zu erwägen und nicht den Optikern, wie es noch zum Theil selbst von Aerzten geschieht, anzuvertrauen. Im höheren Lebensalter, wo die Accommodationskraft geringer wird,

werden brillentragende Myopen öfter zu schwächeren Gläsern für die Nähe übergehen oder ihre Brille ganz bei Seite legen.

Befindet sich ein Auge im Stadium starken Fortschreitens der Myopie, so verbiete man für längere Zeit, mindestens vier bis sechs Wochen, vollständig alle Arbeit in der Nähe. Um sicher alle Accommodation auszuschliessen und damit auch die Convergenzbewegungen einzuschränken, kann man Atropin einträufeln, etwa 2 Mal täglich. Die Atropinkur, wie sie besonders Schiess-Gemuseus in Vorschlag gebracht, hat für diese Fälle und in diesem Sinne ihren Werth; sie aber auf alle Myopen ausdehnen zu wollen oder auch von ihr eine bleibende Verringerung der Myopie, abgesehen von den relativ seltenen Fällen der pathologischen Accommodationsspannung oder des Accommodationskrampfes zu erwarten, würde falsch sein. Zum Schutz gegen zu starken Lichteinfall lasse man während der Atropinkur blaue Schutzbrillen tragen. Ferner mögen Uebungen im Weitsehen angestellt werden, die eine parallele Stellung der Blicklinien anstreben sollen. Aufenthalt im Freien ist zu empfehlen und die körperliche Gesundheit bei Vermeidung geistiger Anstrengung möglichst zu heben. Bei manchen Bleichsüchtigen und Anämischen, bei denen auch abnorme Accommodationsspannung häufiger, ist Eisen sehr am Platz. Ist eine stärkere Hyperämie der Papilla optica vorhanden, so wirken künstliche Blutegel, falls die Allgemeinconstitution es gestattet, oft recht günstig. Gegen ausgeprägte und fortschreitende Chorioiditen und Glaskörpertrübungen wird die entsprechende Therapie einzuschlagen sein. —

Bei höchstgradiger Kurzsichtigkeit kann man durch Herausnahme der Krystalllinse eine Verbesserung des Sehens erreichen. Diese neuerdings besonders durch die Initiative von Fukala in Aufnahme gekommene Operation bringt in einer Reihe von Fällen entschiedensten Nutzen, indem einmal ein gutes Sehvermögen für die Ferne ohne Brille oder wenigstens mit schwächeren Gläsern erreicht wird, und sich weiter auch die Sehschärfe bisweilen um das doppelte und mehr hebt. Diese Besserung des Sehens für die Ferne beruht in der Regel auf der oben dargelegten Verkleinerung der Netzhautbilder, welche starke Concavgläser hervorbringen, bisweilen aber auch darauf, dass wenig bemerkliche Trübungen der Linse oder Astigmatismus derselben früher störten. Ein Einfluss auf Hebung oder Verhütung der begleitenden entzündlichen Veränderungen ist nicht anzunehmen.

Als Indication für die Operation gilt vor allem das subjective Bedürfniss des Patienten, der etwa nicht im Stande ist, die entsprechend corrigirende Brille dauernd zu tragen oder auch sonst mit seinem Sehen unzufrieden ist. Natürlich muss die Myopie höhergradig sein, da sonst stärkere Hyperopie als Folge der Linsen-Entfernung eintritt: durchschnittlich wird man kaum eine Myopie zu operiren in der Lage sein, die kleiner als etwa 15,0 ist (d. h. mit Gläsern bestimmt, die circa 15 cm vor der Hornhaut gehalten sind, also reelle Lage des Fernpunktes vom Hornhautscheitel gemessen = 6,6 cm + 1,5 cm = c. 8 cm). Für Achsenmyopie lässt sich theoretisch die nach der Linsen-Entfernung zu erwartende Refraction berechnen, wenn man die Hälfte der die Myopie corrigirenden Dioptrien (von dem vordern Brenn-

punkt gemessen, der 15 mm vor dem Hornhautscheitel liegt) nimmt und sie von 10,0 oder 11,0 abzieht (Hirschberg, Ostwald): danach würde eine M 20,0 sich etwa in Emmetropie umwandeln. In der Praxis treten aber öfter sehr abweichende Resultate hervor, wie es aus dem physiologisch schwankenden Brechungs-Index der Krystalllinse und der verschiedenen Grösse des Hornhautradius (Bihler) erklärbar ist. Für die Nähe wird in der Regel zum Lesen eine Convexbrille nöthig sein; jedoch lernen die Operirten nicht selten durch Zusammenkneifen der Lider auch ohne Correction mittleren oder grösseren Druck lesen.

Da über 5 Procent der operirten Augen in Folge von Infection, glaucomatöser Zustände (auf die man nach der Discission besonders achten muss) oder Netzhautablösungen — v. Hippel hat unter 184 Operationen 8 Netzhautablösungen, die auf die Operation geschoben werden können, — zu Grunde gehen, so ist der Patient auf diese Gefahr aufmerksam zu machen; man wird deshalb auch kaum operiren, wenn bereits ein Auge erblindet oder wenn ein Auge emmetropisch und gutsehend ist. Die Operation führt man so aus, dass man zuerst die durchsichtige Linse ausgiebig discidirt — aber ohne die hintere Kapsel zu eröffnen — und wenn stärkere Quellung eingetreten ist (etwa in 4—8 Tagen) durch Eröffnung der vorderen Kammer mittels einer Lanze den Linsenbrei herauslässt, wobei man sich hütet, dass Glaskörper vorfällt: lieber lasse man noch Linsenmassen zurück. Meist sind später noch eine oder zwei Discissionen erforderlich. Bis zur vollen Ausheilung pflegen mehrere Monate zu vergehen. Diese Zeit kann man abkürzen, wenn man durch einen ausgiebigen Schnitt sofort die durchsichtige Linse entleert. Es bedarf aber hierbei einer ausgiebigen Auslöffelung besonders der Randpartien der Linse (Weber, Sattler, Hess), die nicht ungefährlich erscheint.

Durchschnittlich eignen sich Personen über 40 Jahre nicht mehr für dies Operationsverfahren, dürften auch wohl kaum ohne starke Ueberwindung geneigt sein, nachdem sie ihr ganzes Leben mit ihrer Kurzsichtigkeit ausgekommen sind, sich der immerhin vorhandenen Gefahr des Verlustes eines sehenden Auges auszusetzen.

Ist ein Auge etwa ein Jahr nach der Operation vollkommen gesund geblieben, und war der Heilungsverlauf ein durchaus exacter, so bietet die Operation des zweiten kurzsichtigen Auges dem Patienten den grossen Vortheil der Wiedergewinnung des körperlichen Sehens, das bei der durch die einseitige Operation veranlassten erheblichen Refractionsdifferenz selbst mit corrigirender Brille in der Regel nur unvollkommen bleibt.

2. Hypermetropie.

Das hypermetropische Auge ist auf convergente Strahlen im Ruhezustande eingerichtet. Da aber die Gegenstände entweder parallele oder divergente Strahlen aussenden, so müssen letztere, um sich auf der Netzhaut der Hypermetropen zu vereinigen, vorher convergent gemacht werden. Dies geschieht durch Vorhalten von Convexgläsern oder durch Krümmungszunahme der Krystalllinse (Accommodation).

Bedient sich der Hypermetrop keines Convexglases, so wird er selbst zum deutlichen Sehen in die Ferne einer gewissen Accommodationsspannung bedürfen. Dieselbe ist bei einzelnen Uebersichtigen so fest

mit dem Sehact verknüpft, dass sie selbst bestehen bleibt, wenn sie durch Vorhalten geeigneter Convexgläser, wie es bei unseren üblichen Refractionsbestimmungen für die Ferne geschieht, überflüssig geworden wäre: es tritt unter diesen Verhältnissen die eigentliche volle Hyperopie nicht zu Tage, da sie ganz oder theilweise durch die beibehaltene Accommodation ausgeglichen und verdeckt wird. Wir können demnach eine manifeste und eine latente Hyperopie unterscheiden. Giebt z. B. ein Patient als das stärkste Convexglas, mit dem er das Maximum seiner Sehschärfe für die Ferne erreicht, 1·0 an, während nach Atropinisirung des Auges oder auch bei der ophthalmoskopischen Untersuchung, bei der sich die Accommodationsspannung des zu Untersuchenden verliert, eine Hyperopie 2·0 gefunden wird, so würde die manifeste Hypermetropie (Hm) 1·0 und die latente Hypermetropie (Hl) 1·0 betragen: die totale Hypermetropie (Ht) wäre = 2·0. Es ist übrigens zu beachten, dass nicht stets eine einmalige Atropinisirung die volle H zu Tage treten lässt, sondern dass ein häufigeres und fortgesetztes Atropinisiren bisweilen erforderlich wird. Patienten mit latenter H zeigen bei den gewöhnlichen Gläserprüfungen nicht selten ein auffälliges Schwanken in ihren Angaben, indem sie jetzt ein stärkeres, bald nachher ein schwächeres Glas als das entsprechende angeben. In einer Reihe von Fällen wird in Folge abnormer Accommodationsspannung ohne Atropinisirung mit Convexgläsern sogar schlechter gesehen; die Patienten erscheinen also als emmetropisch, ja bisweilen geben sie selbst Myopie an (vgl. Accommodationskrampf).

Im Uebrigen dürfen sehr kleine Unterschiede in der Brechung nach der Atropinisirung für gewöhnlich nicht als abnorme Accommodationsspannung oder latente H. verwerthet werden, da fast bei jedem Auge die Brechung eine geringe Herabsetzung (etwa 0·5) durch Atropin erfährt, indem der normale Tonus des M. ciliaris sich verringert.

Von Donders ist noch eine weitere Eintheilung der Hypermetropie eingeführt worden, welche sich auf das Verhalten der Accommodation gegenüber parallelen Lichtstrahlen bezieht. Können parallele Strahlen einfach durch Accommodation auf der Netzhaut vereinigt werden, so besteht facultative Hyperopie: diese Patienten erreichen bei unseren gewöhnlichen Prüfungen für die Ferne auch ohne Convexgläser das Maximum ihrer Sehschärfe. Reicht hingegen die Accommodation zur Vereinigung paralleler Strahlen nicht aus, so ist absolute Hyperopie vorhanden: die Patienten kommen nur mit Convexgläsern auf das Maximum ihrer Sehschärfe. Bei einer dritten Kategorie endlich kann auch ohne Convexgläser das Maximum der Sehschärfe für die Ferne erreicht werden, aber nur, indem sie in der Weise eine stärkere Accommodationsanstrengung ermöglichen, dass sie die Parallelität der

Sehachsen aufgeben und convergiren, also meist in einen einseitigen Strabismus convergens verfallen. Diese Hypermetropie ist als relative bezeichnet worden. Natürlich werden sich mit Abnahme der Accommodation im späteren Alter bei einem und demselben Individuum die Verhältnisse ändern: so geht etwa eine facultative Hypermetropie allmählich in eine absolute über. — Die Grade der Hypermetropie sind sehr verschieden; Hypermetropie über 5·0 ist verhältnissmässig selten. Doch kommen noch höhere Grade, selbst bis 22·0 (Roth) vor.

Bei diesen hohen Graden ist mir aufgefallen, dass man gelegentlich Fälle beobachtet, wo die genaueste ophtalmoskopische Refractionsbestimmung einen andern und erheblich höheren Grad von Hyperopie ergiebt als er der subjectiven Gläser-Prüfung selbst bei atropinisirtem Auge entspricht. Die Erklärung lässt sich vielleicht in Folgendem finden. Das Netzhautbild des hyperopischen Auges ist verhältnissmässig kleiner als das des emmetropischen und myopischen: je stärker die Hyperopie, um so kleiner wird das Bild. Durch Vorlegen eines vollcorrigirten Convexglases werden nun auch die Zerstreuungskreise, durch die das Bild früher grösser wurde, gänzlich ausgeschlossen. Die Perception dieses verkleinerten, wenn auch scharfen Bildes ist aber dem meist schon schwachsichtigen Hyperopen so unbequem und schwierig, dass er ein nicht vollcorrigirendes Glas, welches ihm ein grösseres Bild mit mässigen Zerstreuungkreisen lässt, vorzieht.

Aetiologie. In der Regel handelt es sich um eine angeborene, häufig vererbte Abnormität, das Auge ist zu klein oder genauer, es hat eine zu kurze Augenachse. Die vordere Kammer des hyperopischen Auges pflegt ziemlich flach, die Pupille eng zu sein. Erworben wird Hypermetropie besonders durch Staroperationen (Aphakie); Emmetropen werden nach Herausnehmen der Krystalllinse meist Hyperopen von 10·0 bis 12·0. Aber auch durch Hornhauttrübungen, sofern sie die Cornea abflachen, kann H entstehen.

Beschwerden und Complicationen. Mit höheren Graden der Hyperopie ist häufig Schwachsichtigkeit verbunden, nicht selten durch regelmässigen oder unregelmässigen Astigmatismus bedingt. Jedenfalls liegt besondere Veranlassung vor, gerade bei Hyperopen mit verringerter Sehschärfe auch auf Astigmatismus zu untersuchen.

Dass durch die Grösse des Winkels γ bei Hyperopen bisweilen ein scheinbarer Strabismus divergens zu Stande kommt, haben wir schon oben erörtert. Wie ferner manche Hyperopen, um sich eine stärkere Accommodation beim Nahesehen durch abnorme Convergenz zu verschaffen, in reellen Strabismus convergens verfallen, wird in dem betreffenden Kapitel ausführlicher besprochen werden.

Die Beschwerden der Hyperopen hängen von dem Grade der Ametropie und von der Accommodationskraft ab. Hochgradige Hypermetropen, die in der Regel auch absolute Hypermetropie haben, da ihre Accommodationskraft selbst nicht für parallele Strahlen ausreicht, werden

oft für kurzsichtig gehalten. Wie diese, sehen sie in der Ferne schlecht; allerdings müssten sie — im Gegensatz zu den Kurzsichtigen — auch in der Nähe schlecht sehen, da sie natürlich noch viel weniger im Stande sind, auf nahe Gegenstände zu accommodiren. Doch findet man Personen, die sich über Schlechtsehen in der Nähe nicht beklagen; sie bringen die Gegenstände nämlich ganz dicht vor die Augen und erkennen sie dann trotz der Zerstreuungskreise durch die Grösse der Netzhautbilder. Es ist dies dem bereits Erwähnten ganz analog, dass eine sehr grosse Schrift noch weit diesseits des accommodativen Nahepunktes gesehen werden kann.

Mittlere und geringere Grade der Hypermetropie können, falls nicht absolute Hypermetropie vorhanden ist, in der Ferne gut sehen, bedürfen aber zum Nahesehen einer erheblich stärkeren Accommodation als der Emmetrop, da sie bereits für parallele Strahlen eine ihrer Hypermetropie entsprechende Accommodationsspannung nöthig hatten. Wenn beispielsweise ein Emmetrop in 25 cm liest, so bedarf er einer Accommodation von 4·0; ein Hypermetrop 2·0 bedarf einmal derselben Accommodation 4·0 (— von unendlich auf 25 cm —), ausserdem aber noch, entsprechend seiner H 2·0, einer Accommodation von 2·0, um erst parallele Strahlen auf seiner Netzhaut zu vereinigen: seine Gesammt-Accommodation ist demnach 4·0 + 2·0 = 6·0. — Der Nahepunkt des H ist immer weiter hinaus gerückt als der des gleichaltrigen Emmetropen. Haben z. B. ein Hyperop 2·0 und ein Emmetrop die gleiche Accommodationsbreite (a etwa = 8·0), so liegt der Nahepunkt des Hypermetropen in $^1/_6$ Meter, der des Emmetropen in $^1/_8$ Meter. Wenn trotzdem im jugendlichen Alter bei guter Accommodationskraft dem Hyperopen dauernde Arbeit in der Nähe möglich ist, so wird ihm dieselbe doch mit Abnahme der Accommodationsbreite, wie sie mit dem zunehmenden Alter eintritt, immer schwerer fallen: er wird gewissermaassen früher Presbyop als der Emmetrop. Ist die Hypermetropie etwas höher, oder die Accommodation gering, vielleicht auch nur vorrübergehend geschwächt, wie wir es besonders bei Kindern nach schweren Krankheiten, bei Anämischen oder in Folge zu starker Augenanstrengung bemerken, so treten schon frühzeitig Beschwerden auf. Dieselben bestehen in der Regel in Mangel an Ausdauer beim Arbeiten in der Nähe (Asthenopia, Hebetudo visus, Kopiopia): die hier in Rede stehende Form fällt in den Bereich der Asthenopia accommodativa (Donders). Es kann zwar eine gewisse Zeit lang noch accommodirt werden, dann aber erschlafft die Accommodationskraft; das Gesehene wird undeutlich, Buchstaben laufen in einander, verschwimmen. Tritt eine Ruhepause ein, so kann in Folge der eingetretenen Erholung wieder eine Zeit lang fortgearbeitet werden. Bei Handwerkern geht bisweilen nach der Sonntagsruhe die Arbeit in

den ersten Wochentagen gut, dann wird sie immer schwerer. Abends ist das Sehen mühsamer als Morgens und am Tage. Wird das Arbeiten trotzdem fortgesetzt, so stellen sich Druck, Brennen im Auge, Schmerzen in der Stirn und im Kopfe ein. Selbst ausgeprägte Neuralgien können in dieser Ueberanstrengung ihren Grund haben. Allerdings pflegen bei längerem Bestehen öfter Kopfschmerz oder Neuralgie in dem Sinne einen selbständigen Charakter anzunehmen, als sie jetzt auch ohne Anstrengung der Augen auftreten. Aber die Therapie zeigt in den entsprechenden Fällen, dass eine Heilung erst möglich wird, wenn die Accommodationsüberanstrengung und -Ueberreizung gehoben ist; erst dann kommen die sonst angezeigten Heilmittel zur Wirkung. Derartige Fälle sind nicht gar zu selten, und es sollte sich hierbei die Untersuchung des Arztes immer auch auf die Functionen des Auges richten.

Therapie.

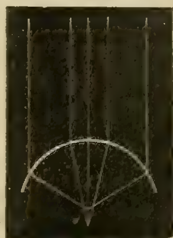
Die Beschwerden der Hyperopen lassen sich meist durch entsprechende Convexgläser heben. Bei absoluter Hyperopie wird immer das die Hyperopie corrigirende Glas zu tragen sein, um das Sehen für die Ferne möglichst zu erhöhen; ähnlich bei der relativen. Handelt es sich um facultative Hyperopie, so bedarf der Patient für die Ferne keines Glases, wohl aber wird es ihm für die Nähe Erleichterung seiner Accommodationsanstrengung schaffen. Es liegt gar kein Grund vor, weswegen er sich nicht durch das seine Hyperopie corrigirende oder annähernd corrigirende Glas wenigstens beim Arbeiten in der Nähe in dieselben günstigen Accommodationsverhältnisse wie der Emmetrop bringen sollte. Thut er es nicht, so überanstrengt er unnöthiger Weise seinen Accommodationsmuskel. Treten asthenopische Beschwerden auf, so muss auf jeden Fall zu dem Convexglase gegriffen werden. Dasselbe sollte mindestens dem Grade der manifesten Hypermetropie entsprechen. Aber oft wird das nicht ausreichen, und man muss auch die etwa vorhandene latente Hypermetropie mit corrigiren. In Schwächezuständen bedarf es sogar für die Nähe noch stärkerer Gläser, welche ungefähr die beim gleichaltrigen Emmetropen normale Lage des Nahepunktes herbeiführen. Doch muss auch hier individualisirt werden; nicht für alle Fälle trifft die Regel zu, da besonders in der relativen Accommodationsbreite viel subjective Verschiedenheit herrscht. Wir werden überall das eigene Behagen des Brillenträgers zu berücksichtigen haben. Bei eingewurzelter Asthenopie darf trotz der Convexgläser nicht sofort dauernd in der Nähe gearbeitet werden; es müssen öfter Ruhepausen eintreten und erst allmählich kann die Zeit der ununterbrochenen Arbeit mehr und mehr verlängert werden. Haben sich ernstliche nervöse Erscheinungen in Folge der Accommodationsüberanstrengung entwickelt

oder gelingt die Hebung der Asthenopie mittels Convexgläser allein nicht, was bei einzelnen Patienten der Fall ist, bei denen jede Convergenz schon schmerzhafte Accommodationsspannung hervorruft (Donders), so empfiehlt es sich vorerst, durch eine mehrwöchentliche Atropinkur den Muskel vollkommen in Ruhestand zu versetzen, danach dann allmählich mit den entsprechenden Convexgläsern wieder die Arbeit beginnen zu lassen. Daneben sind stärkende und das Nervensystem beeinflussende Mittel (je nach Umständen Eisen, Chinin, Tinct. Valerianae, constanter Strom u. s. w.) anzuwenden.

Schwer erklärlich ist es, wie bei jugendlichen Individuen mit geringer Hyperopie asthenopische Beschwerden oft auftreten und durch ganz schwache Convexbrillen gehoben werden. Beispielsweise hat ein 15 jähriger Knabe mit H 1,0 beim Arbeiten in der Nähe keine Ausdauer, ungeachtet dass seine normale Accommodationsbreite 12.0 beträgt: das heisst sein Nahepunkt liegt ohne Glas in 9 cm, mit Glas, wobei der Fernpunkt in die Unendlichkeit gerückt wird, in $8^1/_3$ cm. Da nun gewöhnlich die Schrift in 25 und mehr cm Entfernung gehalten wird, so hätte er in dieser Entfernung auch ohne Glas noch 8.0 Accommodationsbreite (12,0—4,0) zur Disposition. Und dennoch die Asthenopie, die sich verliert, wenn man ihm durch das vorgesetzte Convexglas 1.0 seine bei dieser Entfernung vorhandene Accommodationsbreite auf 9.0 hebt! Das Bestreben jugendlicher Individuen möglichst nahe den Druck und die Schrift zu halten, scheint mir für dieses Phänomen keine genügende Erklärung zu geben: eher kann man daran denken, dass die Accommodationskraft in diesen Fällen, wenn sie auch momentan sich als normal erweist, doch allzu schnell nachlässt: aber auch hier bleibt immer die heilende Wirkung, wie wir sie von so schwachen Gläsern, wie 0,5 oder 1,0, oft sehen, einigermaassen räthselhaft.

3. Astigmatismus.

Von einem Punkte ausgehende (homocentrische) Lichtstrahlen werden durch die brechenden Medien des Auges streng genommen nicht zu einem Punkte wieder vereinigt. Es theilt das Auge, wenn auch in geringerem Maasse, eben die Fehler der Brechung an sphärischen Flächen überhaupt: chromatische und sphärische Aberration. Wenn wir von ersterer hier absehen und nur einfarbiges (homogenes) Licht berücksichtigen, so kommt die sphärische Aberration in der Weise zur Geltung, dass selbst die, einen einzigen Meridian des Auges treffenden (beispielsweise horizontal einfallenden) Strahlen sich nach der Brechung nicht in einem Punkt vereinigen, sondern in einer Linie, deren vorderer Brennpunkt dort liegt, wo die am meisten gebrochenen Strahlen zusammenstossen, und deren hinterer dort, wo die am wenigsten gebrochenen sich schneiden (Fig. 51).



51.

Die Art von Astigmatismus (ἀ privativ., στίγμα Punkt), welche aus einer verschiedenen Brechung in demselben Meridian hervorgeht, bezeichnet man als unregelmässigen (irregulären) Astigmatismus; derselbe findet sich in geringerem Grade in allen Augen. Die strahlige Form, in der die Sterne erscheinen, sowie das in einigen Fällen auftretende Vielfachsehen von Objecten (Polyopia monocularis) haben darin ihren Grund. Er wird physiologisch veranlasst durch Brechung und Bau der Linse. Bei mir bewirkt bisweilen langfortgesetzte Accommodationsanstrengung, dass monoculare Diplopie entsteht: über dem angesehenen Buchstaben erscheint ein zweites scharfes, aber lichtschwächeres Bild desselben.

Wenn As in höherem Grade vorhanden ist, so leidet die Sehschärfe darunter. Auch dieser abnorme irreguläre Astigmatismus kann in der Linse seine Entstehung finden, indem ungewöhnliche Brechungsverhältnisse, die bisweilen z. B. der Starentwicklung vorangehen, oder auch Lageveränderungen (Luxationen) ihn hervorrufen. Doch spielt die Cornea in der Mehrzahl der Fälle eine grössere Rolle; recht häufig entsteht As durch geringe und wenig intensive Trübungen oder dadurch, dass derselbe Hornhautmeridian in seinen verschiedenen Partieen wechselnde Krümmung zeigt. Ebenso durch Ulcerationen und Ektasien, besonders durch Keratoconus. Seine Symptone bestehen, neben Herabsetzung der Sehschärfe in Verschwommen- und Verzerrtsehen der Gegenstände, in Diplopie oder Polyopie. Die Augenspiegeluntersuchung, bei der kein vollkommen scharfes Bild der Theile des Augenhintergrundes zu erlangen ist, wird die Diagnose des Astigmatismus sichern; handelt es sich um Hornhautastigmatismus, noch anschaulicher das Keratoskop. An Stelle der regelmässigen Kreise sieht man dann ganz unregelmässig gestaltete Figuren in dem Hornhautreflexbildchen. Wenn es sich nicht um materiell zu hebende oder zu bessernde Erkrankungen (so Heilung von Geschwüren, Tätowirung der Hornhautflecke mit folgender Pupillenbildung, Operation des Keratoconus [s. dies] u. s. w.) handelt, ist mit optischen Mitteln bei dem unregelmässigen Astigmatismus meist nicht viel zu erreichen. Für bestimmte Zwecke kann die Sehschärfe dadurch gehoben werden, dass die Patienten durch kleine Löcher oder schmale Spalten von 1 bis 3 mm Breite (stenopäische Apparate) blicken. Auch heben die von Raehlmann empfohlenen konisch geschliffenen, sogen. hyperbolischen Gläser gelegentlich erheblich die Sehschärfe: und zwar in einzelnen Fällen sicher mehr als selbst starke cylindrische. Gleiches gilt von den torischen Gläsern (Pflüger). Letztere bestehen aus cylindrischen Gläsern, die mit sphärischen Menisken combinirt sind. —

Ausser dieser Form von Astigmatismus lässt sich am Auge noch eine andere und für die Praxis wichtigere Form nachweisen: der regel-

mässige (reguläre) Astigmatismus. Dieser hat seinen Sitz vorzugsweise in der Hornhaut und beruht darauf, dass die Krümmungsfläche derselben nicht einer Kugelfläche, sondern dem Scheitelsegment eines Ellipsoids entspricht. Das Minimum der Krümmung fällt vorwiegend in den horizontalen Meridian, das Maximum in den verticalen Meridian. Ist es umgekehrt, spricht man von perversem As. Daneben kommen zuweilen auch durch partielle Contractionen des Ciliarmuskels in der Linse Verschiedenheiten der Meridiankrümmung zustande, welche in entgegengesetzter Weise gerichtet zur Verringerung des Hornhaut-Astigmatismus dienen (Javal, Dobrowolsky). In seltenen Fällen ist As allein durch Krümmungsanomalien der Linse bedingt und schwindet nach Atropinisiren.

Beim regelmässigen Astigmatismus erfahren die Strahlen, welche in verschiedene Meridiane einfallen, eine ungleiche Brechung: sie werden nicht in einem Punkte, sondern in einer Brennstrecke vereinigt (Sturm). Sehen wir von der etwaigen verschiedenen Brechung in demselben Meridian (unregelmässigem Astigmatismus) ab und lassen alle durch einen und denselben Meridian gehenden homocentrischen Strahlen sich in einem Punkte vereinigen, so versinnlicht Figur 52 die Vereinigung der von einem in der Unendlichkeit befindlichen Lichtpunkte ausgehenden Strahlen. Wir betrachten dabei den horizontalen Meridian (hh) des astigmatischen Auges als den, den längsten Krümmungsdurchmesser habenden und daher am schwächsten brechenden (beispielsweise hyperopischen) Meridian, den verticalen (vv) als den am stärksten brechenden (beispielsweise myopischen) Meridian.

52.

Die vertical die Hornhaut treffenden Strahlen werden sich alsdann früher vereinigen (f_1) als die horizontal einfallenden (f_2). Da in einer durch f_1 gelegten senkrechten Ebene alle durch den Meridian vv gegangenen Strahlen eine punktförmige Vereinigung finden, während die im horizontalen Meridian einfallenden noch eine Anzahl convergirender Strahlen bilden, so wird an dieser Stelle eine (— in der Figur nicht gezeichnete —) horizontal gestellte leuchtende Linie auftreten; hingegen in f_2 wird die leuchtende Linie vertical sein. Zwischen diesen beiden Linien (Brennlinien) liegt die Brennstrecke (intervalle focal, f_1 f_2, Sturm). In ihr wird eine Stelle sein, wo der Querschnitt der Strahlen einen Kreis darstellt (n), der kleiner ist als der Querschnitt des Strahlenbündels vor dem Auge und der die verhältnissmässig stärkste Lichtconcentration hat.

Je nachdem die Netzhaut eines Auges sich in der einen oder der anderen Entfernung von hh und vv befindet, wird auch das auf ihr von einem in unendlicher Ferne befindlichen Lichtpunkt entworfene Bild ein verschiedenes sein und den oben bezeichneten Figuren entsprechen. Im Allgemeinen dürfte das Bild am besten sein, wenn die Netzhaut in der Ebene der grössten Concentration, wo jeder Punkt als Kreis sich bildet, liegt. Befindet sie sich in der Ebene einer Brennlinie, so werden nur die Lichtstrahlen zu einer scharfen Vereinigung kommen, die durch den senkrecht auf dieser Linie stehenden Meridian gefallen sind; also unter Annahme der Lage in f_1, wo die Brennlinie horizontal ist, die des verticalen Meridians (vv). Es ist ersichtlich, dass für Erkennung bestimmter Objecte, hier etwa horizontaler Linien, diese Lage die vortheilhafteste sein wird.

Die Brennstrecke wird eine um so grössere Ausdehnung haben, je grösser die Differenz in der Brechung der beiden senkrecht aufeinander stehenden Meridiane ist; gleich Null wird sie, d. h. sie schrumpft in einen Brennpunkt zusammen, wenn diese Differenz gleich 0 wird.

Den Grad des regelmässigen Astigmatismus bezeichnen wir nach Donders durch die Differenz in der Refraction der am meisten verschieden brechenden, wie erwähnt gewöhnlich senkrecht aufeinander stehenden Meridiane (Hauptmeridiane). Ist z. B. die Brechung im horizontalen Meridian einem emmetropischen Auge entsprechend, im verticalen Meridian aber entsprechend dem einer Myopie 2·0 ($^1/_{20}$), so ist der Grad des Astigmatismus $= 2{\cdot}0 - 0 \left(\frac{1}{20} - \frac{1}{\infty}\right) = 2{\cdot}0 \left(\frac{1}{20}\right)$. Hat der horizontale Meridian Myopie 1·0, der verticale M 2·0, so besteht ausser der, beiden Meridianen zukommenden Myopie 1·0 noch As 1·0. Ist im horizontalen Meridian hingegen Hyperopie 1·0, im verticalen Meridian Myopie 2·0, so ist As = 1·0 + 2·0 = 3·0.

Diese Beispiele geben zugleich die drei verschiedenen Formen, in denen der regelmässige Astigmatismus auftritt.

Einfacher Astigmatismus: in einem Hauptmeridian Emmetropie, im anderen Myopie (einfacher myopischer Astigmatismus Am) oder Hypermetropie (einfacher hyperopischer Astigmatismus Ah). 2. Zusammengesetzter Astigmatismus: a) in beiden Hauptmeridianen Myopie, aber verschiedenen Grades (M + Am); b) in beiden Hauptmeridianen Hyperopie, aber verschiedenen Grades (H + Ah). 3. Gemischter Astigmatismus: in einem Meridian Hypermetropie, im andern Myopie. Je nachdem die eine oder die andere Anomalie in stärkerem Grade vorhanden ist: a) gemischter Astigmatismus mit überwiegender H (Ahm) oder b) mit überwiegender M (Amh).

Vorkommen. Geringe Grade von Astigmatismus kommen nach dem eben über die Krümmung der Cornea Gesagten auch im normalen Auge vor. So wie sie aber höher als etwa 1·0 Dioptrie steigen, sind sie als pathologisch oder als abnorm zu betrachten. Es zeigt sich alsdann auch bei den üblichen Sehschärfebestimmungen mit Buchstaben, Haken u. s. w. eine deutliche Herabsetzung der Sehschärfe, bedingt durch das Verschwommensein der Netzhautbilder. Dies ist oft das einzige subjective Zeichen, da die Patienten nur verhältnissmässig selten spontan angeben, dass sie etwa Linien in der einen Richtung weniger deutlich sehen als in der anderen, dass Quadrate ihnen als Rechtecke erscheinen oder Kreise als Ellipsen und Aehnliches. Es gehört schon eine entwickelte Beobachtungsgabe dazu, um darauf von selbst aufmerksam zu werden. Man wird daher gut thun, bei jeder, nicht durch sonstige nachweisbare Veränderungen bedingten Sehschärfenherabsetzung, die trotz Correction mit sphärischen Gläsern bleibt, oder wo mit sphärischen Gläsern sehr verschiedenen Grades annähernd gleich gesehen wird, stets auch auf abnormen Astigmatismus zu untersuchen. Als weiteres Verdachtsmoment dient der stationäre Charakter der Sehschwäche. Ebenso versäume man die Untersuchung nicht, wenn asthenopische Beschwerden vorliegen, die auch bisweilen in Astigmatismus basiren.

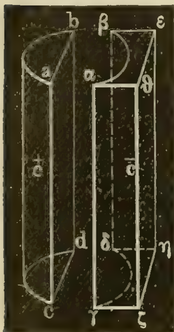
As ist in der Regel angeboren und häufig mit Hyperopie complicirt. Doch kann er auch erworben werden. So findet man ihn bisweilen bei Hornhautflecken und in den beim unregelmässigen Astigmatismus hervorgehobenen Erkrankungen. Besonders häufig ist er nach Staroperationen: auch nach Iridectomien kann er auftreten. Interessant ist die Beobachtung Laqueur's, dass ein Zug am oberen Lide, sei er temporal- oder nasalwärts, durch Druck auf den normalen Bulbus eine Abflachung des horizontalen und stärkere Krümmung des verticalen Meridians bewirken kann, sodass ein regelmässiger Astigmatismus von 2 bis 4 D entsteht. Manche Astigmatiker corrigiren durch einen ähnlichen Druck ihren Astigmatismus.

Zur Correction und Diagnose bedient man sich der cylindrischen Gläser, deren Einführung in die Praxis ein Verdienst von Donders ist.

Wir können uns ein einfaches plancylindrisches Convexglas aus einem massiven Glascylinder, in der Weise entstanden denken, dass durch eine mit der Achse des Cylinders (Figur 53) parallele Ebene abcd das links gelegene Stück abgeschnitten wird. Ein plancylindrisches Concavglas wird zustande kommen, wenn aus dem Parallelepipedon $\alpha\beta\varepsilon\vartheta\gamma\delta\eta\zeta$ das Stück $\alpha\beta\delta\gamma$, welches dem links stehenden Cylinderabschnitt abcd etwa entspricht, herausgeschnitten wird. Wird das an dem cylindrischen Concavglas stehen gebliebene, von geraden Flächen

begrenzte Stück ebenfalls in einen Cylinderabschnitt umgewandelt, so erhalten wir, wenn der Durchmesser dieses Cylinders kleiner ist, ein concav-convexes Cylinderglas oder einen positiven cylindrischen Meniscus.

Wenn man sich ein planconvex-cylindrisches und ein planconcav-cylindrisches Glas mit gekreuzten Achsen an den planen Seiten aufeinander gelegt und vereint denkt, hat man ein bicylindrisches Glas (geschrieben: concav-cylindrisch x ⌉ convex-cylindrisch y). Wird mit einem plancylindrischen Glase ein plansphärisches in gleicher Weise vereinigt, so hat man ein sphärisch-cylindrisches Glas (sphärisch x ⊂ cylindrisch y). —



53.

Jedes cylindrische Glas lässt Lichtstrahlen, die parallel der Cylinderachse einfallen, ungebrochen durchgehen. Anders ist es mit Strahlen, die senkrecht auf die Cylinderachse das Glas treffen. Diese fallen auf einen kreisförmigen Durchschnitt des Cylinders und werden dort ganz wie bei sphärischen Gläsern zusammengebrochen oder zerstreut. Diese Eigenschaft der cylindrischen Gläser, einen Theil der Strahlen zu brechen, den anderen ungebrochen durchzulassen, befähigt sie zur Correction des regelmässigen Astigmatismus. Die Achse des Cylinderglases wird immer dem Augenmeridian parallel gelegt, der keiner Correction bedarf. — In den Cylindergläsern unserer Zeichnung würden die vertical einfallenden Strahlen ungebrochen durchgehen, die horizontal einfallenden entsprechend der Brechkraft (wie bei sphärischen Gläsern nach Dioptrien oder Zollmaass bestimmt) abgelenkt werden. Die Lage der Achse ist meist durch einen Strich ( ) auf den Cylindergläsern angegeben.

Die Bestimmung des Astigmatismus wird am einfachsten mit diesen Cylindergläsern gemacht. Man stellt mittels der grossen Buchstaben der Snellen'schen Tafeln, die in entsprechender Entfernung aufgehängt sind, in gewöhnlicher Weise zuerst die Sehschärfe fest. Wenn sphärische Gläser bessern, so setzt man das schwächste concave beziehentlich stärkste convexe, mit dem das Maximum der Sehschärfe sich erreichen liess, in ein Brillengestell vor das Auge. Nunmehr sucht man durch ein vorgehaltenes schwaches convex-cylindrisches Glas eine weitere Verbesserung zu erzielen, indem man es im Kreise vor dem Auge dreht. Bei einer bestimmten Stellung des Glases wird in den entsprechenden Fällen angegeben, dass besser oder wenigstens eben so gut gesehen wird. Man kennt nunmehr die Lage, in der die convexen Cylindergläser, oder genauer ihre Achse, gehalten werden müssen, und

sucht durch immer stärkere ebenso gehaltene Numern eine weitere Besserung der Sehschärfe zu erzielen. Gelingt dies, so giebt das stärkste Convexglas, bei dem das Maximum von Sehschärfe erreicht wird, den Grad des Astigmatismus an. Tritt aber keine Verbesserung des Sehens mit convex-cylindrischen Gläsern ein, so geht man zu concav-cylindrischen über und verfährt damit ebenso. Gelingt hier eine Besserung, so bezeichnet die Brechkraft des schwächsten cylindrischen Glases den Grad des Astigmatismus.

Es ist mit dieser Untersuchung gleich das corrigirende Glas gegeben. War vorher mit convex- oder concav-sphärischen Gläsern keine Besserung zu erzielen gewesen, fand demnach die Bestimmung ohne diese statt, so besteht einfacher Astigmatismus; es wird ein einfaches cylindrisches Glas zur Correction ausreichen. Man giebt dem Optiker dabei die Stellung der Cylinderachse durch einen entsprechenden Strich an (senkrechten, schrägen oder horizontalen), den man neben die Numer setzt, also z. B. concav-cylindrisch 2·0 | (d. h. Achse senkrecht); oder man bedient sich der Bezeichnung nach Winkelgraden, wobei allerdings ein Uebereinkommen über die Lage des Nullpunktes vorausgesetzt ist. Doch thut man gut, das gelieferte rundgeformte Cylinderglas noch nicht definitiv in das Brillengestell festschrauben zu lassen, um erst durch kleine Hin- und Herdrehungen die richtige Stellung heraussuchen zu können. — Ist vorher schon ein sphärisches Glas als bessernd gefunden worden, so corrigirt ein sphärisch-cylindrisches Glas, das beispielsweise so verschrieben wird: concav 2.0 sph. ⊃ concav 1.0 cyl. —.

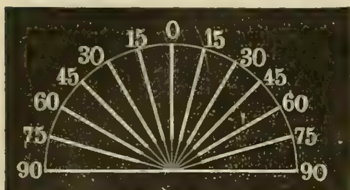
Es ist ersichtlich, dass wir auf diese Weise der bicylindrischen Gläser gar nicht bedürfen. In den Fällen von gemischtem Astigmatismus, wo sie letzteren corrigiren sollen, kann dasselbe auch durch sphärisch-cylindrische Gläser geleistet werden. Es sei z. B. im verticalen Meridian M 2·0, im horizontalen H 1·0; dieser As liesse sich corrigiren durch ein bicylindrisches Glas: concav 2·0 cyl. — ⏋ convex 1·0 cyl. . Aber das Gleiche lässt sich auch durch concav 2·0 sph. ⊃ convex 3·0 cyl. | erreichen. Concav 2·0 sphärisch corrigirt die Myopie des verticalen Meridians; die Hyperopie 1·0 im horizontalen Meridian aber erhöht es durch seine zerstreuende Kraft noch mehr, um 2·0; wir müssen demnach zur Correction des horizontalen Meridians jetzt convex 3·0 cylindrisch mit verticaler Achse anwenden.

Man wird auf gemischten Astigmatismus schliessen, wenn sowohl mit convex- als mit concav-sphärischen Gläsern besser gesehen wird. —

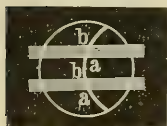
Will man die wirkliche Brechung in den einzelnen Hauptmeridianen bestimmen und sich nicht mit der oben angegebenen praktischen Correction begnügen, so muss man nachstehendes Verfahren benutzen.

Um zuerst die Lage der Hauptmeridiane zu finden, kann man sich einer Sternfigur (Green) oder, was ja ausreicht, einer in beistehender Anordnung gezeichneten halben Sternfigur (wie sie sich

entsprechend gross in den Snellen'schen Sehproben findet) bedienen. Wenn man diese Figur allmählich vom Auge abrückt, so wird den Astigmatikern schliesslich nur noch ein Strahl deutlich erscheinen: derjenige nämlich, welcher durch den gleichsam weitsichtigsten (schwachbrechendsten) Meridian des Auges gesehen wird; ein anderer, meist um circa 90 Grad von ihm entfernter, am verschwommensten. Um nicht zu weit mit der Figur abgehen zu müssen, kann man Emmetropen und Hyperopen durch Vorlage eines stärkeren Convexglases bei dem Versuch künstlich myopisch machen. Die Richtung der beiden Linien deutet die Lage der Hauptmeridiane an. Und zwar ist der Augenmeridian, welcher senkrecht auf der Richtung der am weitesten scharf gesehenen Linie steht, der schwächstbrechende (resp. bei Hyperopie bestbrechende). Zum Scharfsehen dieser Linien ist es nämlich erforderlich, dass vorzugsweise ihre Abgrenzung gegen die Zwischenräume deutlich hervortritt. Die Lichtstrahlen, welche von den Punkten (a und b, Figur 55) der Linienränder ausgehen, dürfen nach dem Zwischenraume hin keine Zerstreuungskreise zeigen. Dies ist aber nur möglich, wenn in dem Augenmeridian ab scharfe Brechung erfolgt. — Nachdem so die Hauptmeridiane festgestellt sind, hält man einen stenopäischen Spalt erst in der Richtung des einen und dann in der Richtung des anderen vor und bestimmt in gewöhnlicher Weise die Refraction derselben.



54.



55.

Von anderen Methoden seien noch folgende erwähnt.

Stokes construirte eine Linse, die aus zwei cylindrischen Gläsern (convex $^1/_{10}$ und concav $^1/_{10}$) besteht, welche, mit den planen Flächen sich berührend, in einem Gestell um einander gedreht werden können. Sind ihre Achsen parallel, so hebt sich ihre Wirkung auf; sind sie gekreuzt, so werden sie in dem einen Meridiane wie $- ^1/_{10}$, in dem darauf senkrechten wie $+ ^1/_{10}$ wirken. Sie können demnach As 0 bis As $^1/_5$ durch allmähliche Drehung corrigiren und so eine Reihe von Cylindergläsern gleichsam ersetzen. Da aber bei den Prüfungen mit der Stokes'schen Linse öfter Uebercorrection eines Meridians stattfindet, so sind einfache cylindrische Gläser vorzuziehen. Der weitere Uebelstand, dass sich auch die Lage der Achse beständig ändert, ist durch eine Modification von Snellen gehoben worden.

Javal hat ein eigenes Instrument construirt, das aus einem viereckigen, ausziehbaren Kasten besteht, in dessen vorderer Wand zwei Oeffnungen mit Convexgläsern sich befinden. Das zu untersuchende Auge sieht durch eine derselben nach einem Kreise, in dem die Radien gezeichnet sind. Die Figur wird so weit herausgerückt, bis nur noch eine Linie deutlich erscheint. Diese steht

senkrecht auf dem Meridiane der schwächsten Brechung. Nun werden concav-cylindrische Gläser verschiedener Stärke, die sich in einem drehbaren Gestelle befinden, mit der Achse dem Meridiane der schwächsten Brechung entsprechend, so lange vorgelegt, bis dasjenige gefunden ist, mit dem alle anderen Linien deutlich gesehen werden. Inzwischen sieht auch das andere Auge, wie bei einem Stereoskop, durch die zweite Oeffnung auf einen Kreis, aber ohne Radien; durch die eintretende Verschmelzung zu einem stereoskopischen Bilde ist die gleichbleibende Convergenz der Sehlinie gesichert und damit auch die Accommodation weniger veränderlich. —

Schliesslich seien noch die Buchstaben erwähnt, die aus parallel verlaufenden kleinen schwarzen Strichen — aber bei jedem einzelnen Buchstaben in verschiedener Richtung laufend — zusammengesetzt sind (Pray, Heymann). Je nachdem in der einen oder der anderen Richtung der Astigmatiker besser sieht, wird er auch den entsprechend gebildeten Buchstaben leichter erkennen.

Bei allen diesen Prüfungen sind partielle Contracturen des Ciliarmuskels oft störend und verwirren die Resultate, da sie, wie erwähnt, eine Verringerung oder selbst Aufhebung der astigmatischen Refractionsanomalie bewirken können. Durch Atropinisiren lässt sich dieser Uebelstand heben, doch ist zu beachten, dass die ausgleichenden Brillen, welche man jetzt findet, nach Wiederherstellung der Accommodation von dem Patienten oft wieder verworfen werden. Man thut daher gut, den Patienten, ehe man ihm das cylindrische Glas verschreibt, nach einiger Zeit noch einmal zu untersuchen, um zu sehen, ob das früher bestimmte dauernd zusagt.

Objectiv lässt sich regelmässiger Astigmatismus dem Grade nach am besten und schnellsten durch das Javal-Schiötz'sche Ophthalmometer (vgl. S. 35) bestimmen. Aber auch mittels des Augenspiegels kann man ihn diagnosticiren. — Höhere Grade treten selbst an den Spiegelbildern der Hornhaut hervor; z. B. ein Fenster erscheint nach einer Richtung hin vergrössert. Besser noch lassen sich die Kreise des Keratoskops benutzen.

Nach Javal soll der Astigmatismus der Hyperopen im Alter zunehmen, da ihr Cornealastigmatismus in der Jugend durch entgegengesetzt wirkende astigmatische Krümmung der Krystalllinse (mit Hilfe des Accommodationsmuskels) zum Theil compensirt zu werden pflegt. — Letztere Erklärung trifft auch zu für den bei Emmetropen und Myopen nach meiner Erfahrung gar nicht selten erst im Alter manifest werdenden Astigmatismus, welcher eine bis dahin nicht vorhandene, aber eben durch Cylindergläser corrigirbare Sehschwäche zu Tage treten lässt. Letztere giebt öfter zu falschen Diagnosen Anlass!

Bei nur geringen Besserungen der Sehschärfe durch cylindrische Gläser wird man in der Regel von ihrer Verwendung absehen: sie erfordern eine sehr genaue Achsenstellung, um nicht Verschlechterung des Sehens oder Verzerrungen hervorzubringen. Es muss daher beim Tragen

jede Verschiebung des Brillengestells oder der Gläser vermieden werden. In einer gewissen Zahl von Fällen bieten die Cylindergläser erheblichen Vortheil, indem sie theils das Sehen ganz bedeutend bessern, theils asthenopische Beschwerden heben. Uebrigens erreichen manche Brillenträger auch dadurch eine Correction ihres Astigmatismus, dass sie schräg durch ihre sphärischen Gläser sehen, wobei letztere als sphärisch-cylindrische Gläser wirken. Zehender macht darauf aufmerksam, dass in den Fällen, wo kein Astigmatismus vorhanden ist, das fortgesetzte Tragen schiefstehender sphärischer Brillen- oder Pincenez-Gläser möglicher Weise zu einem dauernden Linsen-Astigmatismus führen könne, wenn derselbe ursprünglich auch nur zur Correction der cylindrischen Wirkung der schief gestellten Gläser eingeleitet wurde.

4. Anisometropie.

(ἀ privativum. *ἰσόμετρος* gleichmässig. ὤψ Gesicht.)

Verschiedene Refraction beider Augen.

Wenn auch meist die Refraction beider Augen eine gleiche ist, so sind doch mehr oder weniger starke Differenzen gar nicht selten. Einerseits ist der Grad der Ametropie auf beiden Augen verschieden, andererseits kommen die bezüglichen Combinationen zwischen emmetropischen, myopischen, hypermetropischen und astigmatischen Augen vor. In all diesen Fällen wird ein in bestimmter Entfernung befindlicher Gegenstand nur auf der Netzhaut eines Auges ein scharfes Bild entwerfen, auf der des anderen in Zerstreuungskreisen sich darstellen. Doppelseitige scharfe Netzhautbilder könnten allein zustande kommen, wenn durch eine auf beiden Augen verschiedene und der Refraction des einzelnen Auges entsprechende Contraction des M. ciliaris die correcte Einstellung bewirkt würde. Da aber die Erfahrung zeigt, dass der Accommodationsimpuls in der Regel mit gleicher Stärke beide Augen trifft (Hess, Greeff), so können wir von dieser Möglichkeit hier absehen.

In Folge der Verschiedenheit beider Netzhautbilder kann sich ein Verlust des binocularen Sehens zeigen und zwar so, dass bald das eine, bald das andere Auge zum Sehen benutzt wird, oder in der Weise, dass ein Auge beständig ausgeschlossen wird. In letzterem Falle pflegt das ausgeschlossene Auge meist eine hochgradige Sehschwäche oder hochgradige Refractionsanomalie zu haben. Wird ein Gegenstand fixirt, so zeigt alsdann das vom Sehen ausgeschlossene Auge in der Regel keine vollkommen exacte Einstellung seiner Blicklinie; öfter besteht

ein ausgesprochenes und deutliches Abweichen (Strabismus divergens oder convergens). Auch in den Fällen, wo die Augen abwechselnd zum Sehen benutzt werden, etwa das emmetropische Auge für das Sehen in die Ferne, das myopische Auge für das Sehen in die Nähe, weicht meist das ausgeschlossene Auge mit seiner Blicklinie vom jeweiligen Fixationspunkt ab. Es ist Regel, selbst ohne deutliches Abweichen eines Auges, dass bei hohen Graden der Anisometropie, z. B. wenn ein Auge staroperirt ist, das exacte „Körperlichsehen", wie es durch den Hering'schen Fallversuch etc. (siehe unten) erwiesen wird, fehlt, während ein binoculares Sehen, im Stereoskop und durch Prismen erwiesen, noch vorhanden sein kann. Bei geringen Graden von Anisometropie hingegen besteht meist normales Körperlichsehen (cf. das Kapitel binoculares und körperliches Sehen).

Therapie. Die Behandlung der Anisometropie wird bei fehlendem binocularen Sehact die Herstellung desselben zu erzielen suchen, indem das schlechter sehende Auge eventuell mit dem entsprechenden Glase, bei Verschluss des anderen, Separatübungen im Sehen anstellt, und dann, mittels des Stereoskopes Uebungen im Verschmelzen der stereoskopischen Vorlagen gemacht werden. Diese Uebungen sind in ähnlicher Art auszuführen, wie sie bei der Therapie des Schielens genauer beschrieben werden sollen.

In einer Reihe von Fällen hochgradiger Anisometropie ist aber nicht einmal der binoculare Sehact zu erreichen, wie viel weniger ein correctes Körperlichsehen.

Im Uebrigen muss nach den bei den Refractionsanomalien gegebenen Regeln die erforderliche Correction mit Gläsern gemacht werden. Meist ist es für das Sehen des Patienten angenehmer, ein gleich starkes Glas vor beiden Augen zu tragen. Man corrigirt dann das Auge, welches die geringste Refractionsanomalie zeigt, vorausgesetzt, dass es eine entsprechende Sehschärfe hat. Daraus ergiebt sich, dass in den Fällen, wo ein Auge emmetropisch ist, in der Regel keine Brille für die Ferne gegeben wird. Hat das besser sehende Auge aber die grössere Refractionsanomalie, ist es beispielsweise am meisten kurzsichtig, so wird dieses mit dem entsprechenden Glase versehen, dem anderen aber das seinem Refractionsgrade entsprechende schwächere gegeben.

Die Correction beider, mit gleicher oder annähernd gleicher Sehschärfe ausgestatteten Augen durch die ihre besondere Refractionsanomalie ausgleichenden Gläser hat meist keinen besonderen Vortheil, da trotz Verlegung des Fernpunktes beider Augen in die Unendlichkeit doch für nähergelegene Dinge keine doppelseitige exacte Einstellung erfolgt, weil die relative Accommodationsbreite, wie wir gesehen, sowohl bei den verschiedenen Refractionsanomalien als auch bei stark verschie-

denen Graden derselben Refraction eine verschiedene ist. Der für beide Augen in der Regel gleiche Accommodationsimpuls wirkt demnach trotz der Gleichheit der Accommodationsstrecke (von Unendlich bis zu dem Gegenstand, auf den die Sehachsen convergiren) in beiden Augen verschieden. Man wird aber gut thun, sich auch hier nach dem individuellen Behagen der Anisometropen zu richten. Die oft ausgesprochene Befürchtung mancher Patienten, die im Uebrigen mit ihrer, nur ein Auge genau corrigirenden Brille ganz zufrieden sind, dass ohne entsprechende Correction des anderen Auges ein Ausschluss desselben vom Sehact erfolgen werde, kann ihnen genommen werden, indem man mit ihnen die oben erwähnten Versuche zur Feststellung des binocularen Sehactes macht. Stellt sich hierbei etwa das Fehlen desselben heraus, so muss man den Versuch mit den entsprechend corrigirenden Gläsern anstellen, — meist werden letztere allein ihn alsdann auch nicht erzwingen.

5. Presbyopie.

Wenn in Folge zunehmenden Alters die Accommodationsbreite sich so verringert hat, dass der Nahepunkt über 22 cm (früher 8 Zoll) hinausgerückt ist, so pflegt man nach Donders' Vorgang den Beginn der Presbyopie anzunehmen. Wie oben ausgeführt, liegt beim Emmetropen nach dem 40. Lebensjahre der Nahepunkt in 22 cm; jedoch kommen erhebliche individuelle Schwankungen vor. Hypermetropen werden früher presbyopisch, Myopen je nach ihrem Grade später oder garnicht. Ein Myop 6·0 beispielweise, dessen Fernpunkt in $^1/_6$ m = 16·6 cm liegt, kann selbst bei Verlust seiner ganzen Accommodationsbreite in dem angegebenen Sinne nicht presbyopisch werden.

Mit zunehmendem Alter pflegen übrigens auch andere objectiv wahrnehmbare Veränderungen am Auge vorzugehen: die vordere Kammer wird flacher; die Iris weniger beweglich, matter in der Farbe; die Pupille enger und träger reagirend; die Augenmedien verlieren an Durchsichtigkeit.

Die durch das Hinausrücken des Nahepunktes veranlassten Beschwerden bestehen darin, dass kleine Gegenstände, welche eine grössere Annäherung erfordern, nicht mehr erkannt werden und dass selbst gewöhnlicher Druck auf die Dauer nicht gelesen werden kann. Besonders bei künstlicher Beleuchtung tritt dies hervor; die Presbyopen suchen dann eine recht helle Beleuchtung auf, bei der die unscharfen Netzhautbilder stärker beleuchtet werden und vor Allem durch Verengung der Pupille eine grössere Schärfe der Bilder eintritt. Bei Tage halten sie Schrift und Druck möglichst weit vom Auge ab. Zu einer eigent-

lichen Asthenopie, wie bei jugendlichen Hyperopen, kommt es in der Regel nicht, indem einerseits die Nahe-Arbeit nicht forcirt wird, andererseits die Erfahrung, dass im Alter die meisten Menschen Convexbrillen zum Lesen nöthig haben, sie bald zu diesem Auskunftsmittel führt. Uebrigens kann nach starker Ueberanstrengung der Accommodation bei Presbyopen plötzlich eine derartige Schwäche des Auges eintreten, dass die Nahe-Arbeit vollständig unmöglich wird. Ich habe Fälle beobachtet, die hierdurch fast den Eindruck einer Accommodationslähmung machten, aber nach einigen Tagen der Ruhe zurückgingen.

Die symptomatische Therapie der Presbyopie besteht in der Verwendung einer angemessenen Convexbrille, die natürlich mit zunehmenden Jahren allmählich stärker gewählt werden muss. Als allgemeine Regel gilt, dass das Glas den Nahepunkt wieder auf 22 cm verlegt, was beim Emmetropen einer Accommodationsbreite (a) von 4·5 entspricht. Wenn demnach nach Donders' Zusammenstellung (s. S. 54) im 45. Jahr a = 3·5 ist, so würde die entsprechende Convexbrille eines Emmetropen = 1·0 sein (4·5—3·5); im 50. Jahre = 2·0 (4·5—2·5).

Ein Myop von 1·0 würde im 45 Jahre bei a = 3·5 noch keine Brille gebrauchen, da sein Nahepunkt noch in 22 cm liegt. Bei einem Fernpunkt von 1 m (M 1·0) und einer a von 3·5 (Brennweite $\frac{1}{3{\cdot}5}$ m) berechnet sich der Nahepunkt nach der Accommodationsformel ($a = p - r$) folgendermaassen: $p = a + r = 3{\cdot}5 + 1{\cdot}0 = 4{\cdot}5$. Die Brechkraft der Linse, deren Brennweite der Entfernung des Nahepunktes vom Auge entsprechen würde, ist also 4·5 D, die Lage des Nahepunktes demnach $\frac{1}{4{\cdot}5}$ m = 22 cm. Im 50. Lebensjahre, wo a auf 2·5 herabgesunken ist, würde der Myop 1·0 eines Convexglases bedürfen, da er ohne dieses nur eine Accommodationsleistung seiner Krystalllinse machen könnte, welche $= 1{\cdot}0 + 2{\cdot}5 = 3{\cdot}5$ wäre. Beim Hyperopen stellt sich die Sache anders: ein H 1·0 müsste im 45. Jahre schon ein Convexglas 2·0 haben, denn sein Nahepunkt liegt (nach $p = 3{\cdot}5 + (-1{\cdot}0) = 2{\cdot}5$) schon in $\frac{1}{2{\cdot}5}$ m Entfernung: um ihn auf $\frac{1}{4{\cdot}5}$ m zu bringen, bedarf er eines Convexglases 2·0 D.

Da aber individuelle Schwankungen vorkommen, so wird man immer durch Vorlegen des betreffenden Glases erst feststellen, ob wirklich mit dem Convexglase kleinste Schrift in 22 cm gelesen werden kann. Doch ist durchaus nicht allen Patienten eine, in dieser Weise bestimmte Brille angenehm. Sie haben sich daran gewöhnt, die Schrift weiter hinauszuhalten und sind deshalb in der Regel von einem schwächeren Glase mehr befriedigt. Besonders bei dem Aussuchen der ersten Brille wird man dies berücksichtigen müssen. Ebenso im hohen Alter. Ein fünfundsiebzigjähriger Emmetrop hat, da im höheren Alter auch der Fernpunkt hinausrückt, eine H 1·75 erworben bei a = 0. Derselbe müsste

um sich auf 22 cm einzustellen, ein Convexglas 1·75 + 4·5 = 6·25 haben. Aber einerseits wird er die Schwere und die Vergrösserung des Glases unangenehm empfinden, andererseits aber kann er, bei seiner fehlenden Accommodation, mit diesem Glase auch nur gerade in 22 cm sehen, während er gewöhnlichen Druck noch bis etwa 36 cm bequem lesen könnte. Ein schwächeres Glas (2·75 [Brennweite circa 36 cm] + 1·75 = 4·50) wird ihm daher angenehmer sein. Aber weiter ist zu bedenken, dass durch stärkere Convexgläser das Gebiet, in dem deutlich gesehen werden kann, erheblich beschränkt und angenähert wird, da ja natürlich auch der Fernpunkt unter dem Glase heranrückt. Wenn beispielsweise ein Sechzigjähriger, der früher Emmetrop war, jetzt Hyperop 0·5 geworden ist und a = 1·0 hat, so würde die Brille [4·5—1·0] 3·5 + 0·5 = 4·0 seinen Nahepunkt auf 22 cm legen; bei Erschlaffung seiner Accommodation könnte er aber mit diesem Glase nur bis 28·5 cm sehen. Seine Uebersichtigkeit 0·5 wird nämlich durch das vorgelegte Convexglas 4·0 um 3·5 übercorrigirt, d. h. mit anderen Worten: er ist Myop 3·5 geworden und sein Auge demnach im Ruhezustande auf $\frac{1}{3 \cdot 5}$ m eingerichtet. Alles, was jenseits davon liegt, ist ihm mit dem Convexglase undeutlich. Daher erklären sich auch die Klagen derer, die eben anfangen Convexgläser zu benutzen, dass sie beim Aufblicken Alles verschwommen sehen. Man thut gut, ihnen dies vorher zu sagen und auseinanderzusetzen, dass die Brille nur für die Nähe ist. — In anderen Fällen wollen die Patienten nicht zum Lesen, sondern für bestimmte, in grösserer Entfernung — etwa $^1/_2$ Meter — zu leistende Arbeiten eine Brille haben; die Gläserbestimmung muss dementsprechend erfolgen. —

Im Allgemeinen wird man den Patienten in der Wahl des Glases einigermaassen nachgeben; sollten allerdings bei längerer Arbeit trotz der gewählten Brille Beschwerden eintreten, so ist zu einer stärkeren Numer überzugehen. Bei etwa vorhandener Sehschwäche wird ebenfalls ein schärferes Glas nöthig sein, da alsdann eine grössere Annäherung der Objecte erforderlich ist.

Auch lässt im Laufe des Tages die Accommodationskraft öfter nach und besonders bei Licht ist wegen der schlechteren Beleuchtung das Erkennen resp. Lesen erschwert. Hier empfiehlt es sich, verschiedene Brillen zu geben; eine schwächere für den Tag und eine stärkere für den Abend. Oft ist eine leichte Bläuung des Glases (etwa No. I oder II) nützlich. Kurzsichtige schwächeren Grades, die später Presbyopen geworden sind, bedienen sich zuweilen der sogenannten Franklin'schen Brillen; das Glas derselben besteht aus einer concav-geschliffenen oberen Hälfte zum Sehen für die Ferne und einer convex-geschliffenen unteren für die Nähe. Zehender hat für Presbyopen Gläser empfohlen, die

oben und unten geradlinig und nur an den Seiten abgerundet sind; es wird hierdurch das Wegsehen in die Ferne über den oberen geraden Rand erleichtert.

6. Anomalien der Accommodation.

I. Accommodationslähmung.

Die Accommodationslähmung hat eine pathologische Verringerung oder vollständige Aufhebung der normalen Accommodationsbreite zur Folge, dadurch bedingt, dass der Nahepunkt weiter vom Auge abrückt. Nach dem Grade der Einschränkung spricht man von Accommodationsparalyse oder von Accommodationsparese. Letztere unterscheidet sich vor Allem von der Presbyopie dadurch, dass die Accommodationsverringerung nicht dem Alter des Patienten entspricht. Weiter pflegt die Presbyopie sich auch allmählich zu entwickeln, während die Parese sich meist in ziemlich kurzer Zeit ausbildet; erstere trifft beide Augen, letztere kann auch ein Auge allein befallen. In der Weite der Pupille finden sich ebenfalls gelegentlich Unterschiede, indem sich die Accommodationslähmung öfter — nicht immer — mit Pupillenerweiterung (Mydriasis) verknüpft, während presbyopische Augen meist engere Pupillen zeigen.

Zur Diagnose der Accommodationslähmung ist stets die Feststellung der Accommodationsbreite erforderlich und der Vergleich des gefundenen Werthes mit dem, welcher physiologischer Weise dem Alter des Patienten entspricht.

Es ist allerdings hierbei zu beachten, dass Schwächezustände, wie sie nach schweren Erkrankungen, bei Anämie und Chlorose eintreten, auch eine gewisse Verringerung der Accommodationsbreite hervorrufen können, die nicht als Accommodationsparese aufzufassen ist. Wenn Jemand nach einer schweren Krankheit nicht dieselbe Last heben kann wie früher, so spricht man auch nicht von einer Lähmung der Muskeln. Es handelt sich hierbei nicht nur, wie Mauthner will, um eine Verringerung der Energie der Muskeln, sondern um wirkliche Kraftherabsetzung; bei der Accommodation um eine entschiedene Verringerung der absoluten Accommodationsbreite. In anderen Fällen allerdings besteht nur ein Mangel an Ausdauer in der Accommodationskraft, der zu asthenopischen Beschwerden führt; man beobachtet dies öfter bei nervösen Individuen.

Als objectives Symptom der Paralyse kann die Profilbetrachtung der Iris benutzt werden: es fehlen hier, wenn man seitwärts in die vordere Kammer blickt, das unter normalen Verhältnissen bei der Accom-

modation erkennbare Hervortreten der Regenbogenhaut und die Abflachung der vorderen Kammer (Völckers). Der bei der Accommodationslähmung afficirte Muskel ist der M. ciliaris, sein Nerv ein Ciliarast des Oculomotorius.

Beschwerden. Die Accommodationslähmung ruft nicht nur nach ihrer Intensität, sondern auch nach dem Refractionszustande der Augen mehr oder weniger hochgradige Beschwerden hervor, die denen der accommodativen Asthenopie und der Presbyopie in einzelnen Fällen gleichkommen. Während bei Emmetropen die Klage ist, dass das Sehen in der Nähe weniger leicht als früher von statten geht, eventuell ganz unmöglich ist, und Hyperopen selbst in der Ferne schlechter sehen, findet sich der Kurzsichtige höheren oder selbst mittleren Grades weniger belästigt. Liegt bei diesem z. B. der Fernpunkt in 25 cm, so kann er doch noch — vorausgesetzt, dass er nicht neutralisirende Concavgläser trägt — lesen und schreiben; selbst bei totaler Accommodationsparalyse reicht diese Entfernung für die meisten Arbeiten aus. Nur wird es dem Patienten auffallen, dass bei noch näherem Heranhalten die Gegenstände undeutlich werden.

Wenn, wie häufig, ein Auge allein von der Lähmung betroffen wird, so treten diese Symptome weniger klar hervor; meist wird eine gewisse Unbequemlichkeit mit Verschwommensehen bei binocularer Fixation angegeben. Es beruht dies darauf, dass ein Auge Zerstreuungskreise erhält, während das andere scharf sieht. Doch kann bei längerem Bestehen diese Unbequemlichkeit vollkommen verschwinden; die Patienten treten dann in ähnliche Verhältnisse, wie diejenigen, in denen sich Anisometropen befinden.

Bisweilen wird bei Accommodationsparese (ähnlich wie nach Atropinisirung) über Mikropsie geklagt: die Gegenstände erscheinen kleiner. Es erklärt sich dies daraus, dass die scheinbare Grösse der Gegenstände sowohl nach der Grösse der Netzhautbilder, als auch nach der Entfernung, in der sie sich unserer Meinung nach befinden, abgeschätzt wird.

Wenn ein Gegenstand in 1 m Entfernung ein Netzhautbild von bestimmter Grösse (a) entwirft, so wird dasselbe, wenn der Gegenstand bis auf $1/2$ m herangerückt ist, doppelt so gross, $= 2a$ werden. Wir halten aber dessen ungeachtet das Object nicht für doppelt so gross; es wird eben der Effect der Annäherung mit in Rechnung gezogen. Auf die Schätzung der letzteren hat neben der Sehachsenconvergenz auch die zum Scharfsehen erforderliche Accommodationsanstrengung Einfluss. Wenn bei einer Accommodationsparese die erforderliche Accommodationsanstrengung, um das in 1 m befindliche Object zu erkennen, beispielsweise eben so gross wird, wie sie früher bei Accommodation auf $1/2$ m war, ohne dass das Netzhautbild $= 2a$ wird, so muss dem Patienten das Object, das er für näherliegend hält, als es wirklich ist, kleiner als früher erscheinen.

Als eine nicht seltene Complication wird, wie erwähnt, Mydriasis beobachtet. Dieselbe hat jedoch, selbst wenn der den Sphincter Iridis versorgende Ast des Oculomotorius vollkommen gelähmt ist, eine geringere Weite als nach Atropinisirung. Es fehlt die Reaction auf Licht- oder Accommodationsimpulse.

In seltenen Fällen, meistens nur dann, wenn die Affection schon sehr lange besteht, kommt allerdings eine excessive Erweiterung der Pupille vor, ähnlich der, wie sie auf Atropineinwirkung eintritt.

Die Diagnose der Accommodationsparalyse ist durch das Fehlen jeder Accommodation gegeben: es kann nur im Fernpunkte deutlich gesehen werden. Findet man bei der Untersuchung nicht eine vollständige Aufhebung, sondern nur eine Verringerung der Accommodationsbreite, die aber ausgesprochen kleiner ist als die in dem betreffenden Lebensalter normale, so ist Accommodationsparese vorhanden. Natürlich sind vorher allgemeine Schwächezustände bei der Bemessung der zu erwartenden Accommodationskraft, wie oben hervorgehoben, mit zu berücksichtigen.

Wenn wir bezüglich der Aetiologie absehen von palpablen Erkrankungen des Centralnervensystems, wie Tumoren, Apoplexien, Sclerosen u. dgl., oder von Affectionen, die den Oculomotorius während seines Verlaufes in Mitleidenschaft ziehen können, wie Verletzungen, Periostiten, Geschwülsten an der Basis cranii oder in der Orbita, so bleiben noch eine Reihe ursächlicher Momente, in deren Folge besonders häufig Accommodationsparalysen hervortreten. Es sind hier vor Allem die Diphtheritis des Rachens (Donders) und die Syphilis zu nennen. Accommodationslähmung kann selbst nach sehr leichten Fällen von Mandel- oder Rachendiphtheritis auftreten. Bisweilen wurde die Krankheit von den Eltern vollständig übersehen und erst die Sehstörungen veranlassten eine Consultation des Arztes. Dieselben zeigen sich innerhalb der ersten Tage oder Wochen nach Ablauf der Krankheit und erreichen, wie ich finde, meist in einigen Tagen ihre volle Höhe. Die Patienten klagen erst über „Flimmern“ beim Lesen; bald ist ihnen das Erkennen des Druckes unmöglich. Jedoch kommt es in der Mehrzahl der Fälle nicht zu einer vollständigen Accommodationsparalyse, sondern es bleibt bei einer Parese. In der Regel sind beide Auge betroffen: Mydriasis fehlt. Da überwiegend Kinder daran erkranken, so erklärt es sich, dass so häufig eine hyperopische Refraction zur Zeit der Lähmung nachweisbar ist, die früher latent war.

Die Sehschärfe ist öfter durch corrigirbaren Astigmatismus herabgesetzt, bisweilen aber auch, ohne dass dieser als Grund der Schwachsichtigkeit anzunehmen ist (Völckers, Nagel). In einem von mir beobachteten Fall schwand die Sehschwäche (S $^5/_{12}$), welche mit Hyper-

ämie und Verschwommensein des Sehnerveneintritts verknüpft war, in einigen Wochen unter Rückgang des abnormen ophthalmoskopischen Befundes vollständig. Häufig besteht noch eine Lähmung des Gaumensegels und der Schlundmuskeln. Ebenso wird Abducenslähmung öfter beobachtet. Auch ein früher nicht bestandener Strabismus convergens concomitans hyperopicus tritt in Folge der Accommodationsschwäche bei einzelnen Patienten hervor und kann spontanes Doppeltsehen herbeiführen.

Bei der Syphilis fällt die Accommodationslähmung in ein verhältnissmässig spätes Stadium. Oft sind hier alle sonstigen Erscheinungen schon Jahre lang geschwunden, wenn die Lähmung plötzlich von Neuem die Erinnerung an das fast vergessene Uebel wachruft. In der Regel ist die Affection einseitig und mit Mydriasis verknüpft. —

In anderen Fällen liegt deutlich eine rheumatische Ursache (plötzlicher Temperaturwechsel, heftiger Luftzug) zu Grunde. Weiter sollen auch Accommodationsparesen nach Angina tonsillaris ohne Diphtheritis vorkommen, doch ist ein Uebersehen der Diphtheritis wahrscheinlicher. Nach schweren Allgemeinerkankungen, bei Diabetes, Herpes Zoster ophthalmicus, nach Bleiintoxication, Fleisch- oder Fischvergiftungen, in Folge von Feuerarbeit (Colsmann), nach Trigeminusneuralgien, Wunddiphtheritis (Völckers), nach acutem Magenkatarrh (Leber), Influenza, Contusionen des Augapfels werden sie ebenfalls beobachtet. Auch bei sympathischer Ophthalmie zeigt sich bisweilen im Beginn ein Hinausrücken des Nahepunktes; dass dies nicht immer, wie behauptet worden, das einleitende Symptom der sympathischen Ophthalmie ist, haben mich eigene Beobachtungen gelehrt.

Das Hinausrücken des Nahepunktes bei Glaucom dürfte ebenso wie die von mir an jüngeren Individuen nachgewiesenen Accommodationsbeschränkungen bei Zahnleiden eher auf Drucksteigerung im Glaskörper zurückzuführen sein; es wird hierdurch der ausgiebigen Erschlaffung der Zonula hindernd entgegengetreten.

Schliesslich sei noch an die accommodationslähmende und gleichzeitig mydriatische Wirkung des Atropins, Scopolamins, Duboisins und ähnlicher Mittel erinnert.

Die Prognose der Accommodationslähmung ist, wenn sie nach Diphtheritis oder schweren sonstigen Erkrankungen oder auch nach Trauma eingetreten, im Allgemeinen günstig. Besonders nach Diphtheritis pflegt sie in einigen Wochen oder Monaten regelmässig vorüberzugehen. Ungünstiger ist die Vorhersage, wenn andere ätiologische Momente vorliegen. So kommt eine Heilung syphilitischer Accommodationslähmungen kaum je zur Beobachtung (Alexander).

Die Therapie muss der Ursache entsprechend gewählt werden.

Bei Lähmungen nach Diphtheritis, die auch spontan heilen, und nach schweren Erkrankungen ist roborirend zu verfahren, Wein, Chinin, Eisen zu geben; bei Syphilis Mercur oder Jodkali. Letzteres Mittel findet auch bei manchen anderen Formen von Accommodationslähmung Verwendung. So bei den durch Knochenaffectionen bedingten. Auch bei länger bestehenden rheumatischen Lähmungen ist es indicirt; im Beginn dürfte eine Schwitzkur (etwa mit Pilocarpin) mehr Erfolg versprechen. Weiter sind Elektricität und Strychnininjectionen empfohlen worden. Oertlich können Heurteloup'sche Blutentziehungen in der Schläfe oder ableitende Salben (Veratrinsalbe) besonders im Beginn und in Fällen, wo keine Schwächezustände vorliegen, versucht werden. Auch Einträufelungen von Eserinlösungen sind angewandt worden: ich habe mich von einem Nutzen bezüglich der Heilungsdauer nicht überzeugen können. Prognostisch haben sie insofern eine Bedeutung, als in den Fällen, wo weder Pupille noch Tensor darauf reagiren, die Aussichten auf Heilung gering sind (v. Graefe).

Bei doppelseitiger Accommodationslähmung giebt man, um symptomatischen Nutzen zu schaffen, für die Arbeit in der Nähe, respective bei Hyperopen auch für die Ferne Convexbrillen. Dieselben sind natürlich mit der Hebung der Accommodationskraft immer schwächer zu nehmen. Bei einseitiger Lähmung ist, wenn das andere Auge sehkräftig, hiervon in der Regel kein Vortheil zu erwarten. Meist gewöhnen sich die Patienten nach einiger Zeit, ähnlich wie Anisometropen, an die Ungleichheit der Bilder. Auch Eserineinträufelungen können insofern symptomatisch wirken, als durch Heranrücken des Fernpunktes die Möglichkeit des Lesens gegeben wird; aber auch sonst bessert sich während der Dauer der Wirkung das Sehen durch die gleichzeitige starke Pupillenverengerung.

II. Accommodationskraft. Abnorme Accommodationsspannung.

Es handelt sich hier um eine Contraction des M. ciliaris. Die Folge derselben ist ein Heranrücken des Fernpunktes. Ein emmetropisches Auge wird demnach kurzsichtig, ein bereits kurzsichtiges Auge erwirbt eine Myopie höheren Grades.

Es wird mit dem Ausdruck „Accommodationskrampf“ vielfach Missbrauch getrieben. Von dem eigentlichen „Accommodationskrampf“ ist die „abnorme Accommodationsspannung“ zu unterscheiden, welche, ohne als „Krampf“ im sonst üblichen Wortsinne aufgefasst werden zu können, nicht gar selten Myopie vortäuscht oder eine bestehende M. vergrössert. Den diagnostisch durchschlagenden Unterschied finde ich darin, dass die abnorme, Myopie vortäuschende Accommodationsspannung bei der ophthalmoskopischen Refractions-

bestimmung schwindet, was beim Accommodationskrampf nicht der Fall ist. Ferner ist bei der „abnormen Accommodationsspannung" (für welche aber bis jetzt der Ausdruck „Accommodationskrampf" fast überall gebraucht wird) der Nahepunkt nicht herangerückt, was beim eigentlichen Accommodationskrampf gelegentlich nachweisbar ist. Auch zeigt letzterer verhältnissmässig häufiger eine Pupillenverengerung, während bei ersterer eher eine Pupillenerweiterung vorkommt.

Accommodationskrampf. Das vollkommenste Bild des Krampfes sehen wir nach Einträufelungen von Physostigmin (Eserin) eintreten (Fraser [1862] und Argyll Robertson). Hier rückt der Fern- und Nahepunkt heran; die Einrichtung auf den Nahepunkt ist oft schmerzhaft. Neben der tonischen Contraction stellen sich nicht selten auch klonische Krämpfe in Intervallen ein und verändern die Resultate in den einzelnen Nahe- und Fernpunktsbestimmungen. Die Objecte erscheinen, entgegengesetzt wie bei der Accommodationslähmung, aus Gründen, die den dort entwickelten analog sind, grösser (Makropsie). Mit dem Accommodationskrampf verknüpft sich Miosis. — Dasselbe bewirken Muscarin und Pilocarpin. Auch von subcutanen Morphiuminjectionen hat man bisweilen einen gleichen Effect beobachtet (v. Graefe, H. Lawson).

Abgesehen von diesem medicamentösen Accommodationskrampf kommen ähnliche Fälle selten zur Beobachtung. Wir diagnosticiren sie, wenn neben der Gläserbestimmung auch die objective, mit dem Augenspiegel unternommene Refractionsbestimmung eine unzweideutige Annäherung des Fernpunktes gezeigt hatte, die nach intensiver Atropinisirung, welche den Krampf löst, wieder verschwunden war. Wenn der ophthalmoskopischen Refractionsbestimmung, unter der sich, wie Mauthner zuerst zeigte, die abnorme Accommodationsspannung löst, hier ein Hauptgewicht für die differentielle Diagnose beizulegen ist, so müssen andererseits auch die Fehlerquellen, denen die objective Untersuchung ausgesetzt ist, beachtet werden. So bedarf es bisweilen öfterer und längerer Untersuchung und Ermahnung, um die Patienten von ihren Seh- und Fixationsbestrebungen abzuhalten, die natürlich eine Accommodationsanspannung veranlassen. Ferner ist der Unterschied der Refraction an der Macula und neben der Papille, wo in der Regel die Refraction ophthalmoskopisch bestimmt wird, nicht immer gleichgültig (cfr. auch Ophthalmoskopie). Die durch krampfhafte Annäherung des Fernpunktes bedingte Myopie entwickelt sich meist in ziemlich kurzer Zeit; bisweilen schwindet sie auch wieder schnell. Ueberhaupt ist ein häufiges Schwanken der Refraction sehr charakteristisch: die Patienten verwerfen in kurzen Zeiträumen, nicht selten noch während der Untersuchung, die früher gut befundenen Gläser und gehen zu stärkeren oder

schwächeren über. Auch zeitweise Herabsetzung und öfterer Wechsel in dem Grade der Sehschärfe wird beobachtet, ebenso concentrische Gesichtsfeldeinengung. Da der Nahepunkt nicht immer heranrückt, so ist im Allgemeinen die Accommodationsbreite verringert. Häufig besteht Miosis. Mit dem Krampf verknüpfen sich Schmerzempfindung im Auge und Ermüdung beim Arbeiten.

Die Accommodationskrämpfe sind meist tonischer Art, selten klonischer. Letztere wurden von Knies bei einem Epileptiker während des Anfalles mittels der ophthalmoskopischen Untersuchung festgestellt. Liebreich beobachtete Fälle, bei denen sich nur bei starker Convergenz der Accommodationskrampf einstellte; ich sah einen Fall, wo den Accommodationskrampf (bei hyperopischem Augenbau) dauernder Strabismus convergens complicirte. Von ätiologischen Momenten sind, abgesehen von Hysterie, kleine Verletzungen (v. Graefe), zu nennen, wo der Spasmus öfter als Reflexneurose von sensiblen Aesten ausgeht; Contusionen des Bulbus (Berlin); Neuralgien und Ueberanstrengung der Augen. Die letzteren Ursachen können in anderen Fällen zur einfachen Accommodationsspannung führen. Auch die Conjunctivitis sicca wird als ätiologisches Moment erwähnt (Samelsohn); gleichzeitig mit Oedem der Conjunctiva sah van Millinger einen Fall. Alfr. Graefe hat Accommodationsspasmus bei Blepharospasmus, H. Cohn in der Hypnose beobachtet.

Die Dauer des Krampfes ist verschieden. Der nach Traumen eintretende geht in der Regel schnell vorüber.

Die Therapie besteht vor Allem in Einträufelung von Atropin, um den Ciliarmuskel zu entspannen. Nicht selten ist es nöthig, die Einträufelungen mehrere Monate lang fortzusetzen. Um den durch die künstliche Pupillenerweiterung übermässigen Lichteinfall zu paralysiren, sind alsdann blaue oder rauchgraue Brillen zu tragen. Bei örtlichen Hyperämien — etwa der Papilla optica oder Chorioidea — oder nach Traumen können künstliche Blutegel in der Schläfengegend von Nutzen sein. In anderen Fällen, der Individualität und Aetiologie entsprechend, werden nervenstärkende Mittel — unter ihnen sind auch Strychnininjectionen (Nagel) empfohlen — und roborirendes Verfahren am Platze sein. Vor allem möge der Kranke, so viel es angeht, auf die Arbeit in der Nähe verzichten.

Abnorme Accommodationsspannung. Sie kann bei Hypermetropen, Emmetropen und Myopen vorkommen. Erstere werden emmetropisch oder kurzsichtig, die Emmetropen werden kurzsichtig und die Myopen zeigen eine Vermehrung der bereits bestehenden Myopie. Bei der ophthalmoskopischen Untersuchung stellt sich aber alsbald — wie nach Atropinisirung — die wahre Refraction heraus. Alle Symptome

eines eigentlichen Krampfes fehlen; es wäre übrigens eine merkwürdige Art von Krampf, für den die ophthalmoskopische Untersuchung als Heilmittel diente. Auch der Vergleich dieses von Vielen als „Accommodationskrampf" bezeichneten Zustandes mit dem Schreibkrampf passt nicht. Letzterer zeigt Erscheinungen, die auch sonst in Krämpfen vorkommen: es sind ganze Muskelgruppen befallen, meist auch solche, die beim Schreiben unbetheiligt sind, weiter folgen Erschöpfung und Tremor. Endlich hört auch nicht der Krampf auf in dem Moment, wo die Feder fortgethan wird. Bei der abnormen Accommodationsspannung aber tritt der normale Zustand ein in dem Augenblick, wo die Sehintention (— wie während der Augenspiegeluntersuchung —) aufhört. Die Affection wird meist doppelseitig, öfter aber auch einseitig oder in verschiedener Stärke an beiden Augen beobachtet. Sie ist aber bei weitem nicht so häufig, als es nach manchen Untersuchungen scheint, bei denen man Refractionsabnahmen von weniger als 1·0 nach Atropinisirung bereits als Zeichen eines vorher bestandenen Accommodationskrampfes aufgefasst hat. Derartige Refractionsherabsetzungen nach Atropin liegen aber durchaus noch innerhalb der physiologischen Breite.

Abnorme Accommodationsspannungen kommen in manchen Fällen progressiver Myopie vor. Auch habe ich folgenden Verlauf öfter beobachtet. Kinder werden scheinbar kurzsichtig; man findet mittlere Myopie durch abnorme Accommodationsspannung, nach Atropinisirung leichte Hyperopie. Letztere bleibt bei entsprechender Behandlung längere Zeit bestehen. Dann entwickelt sich allmählich wieder Myopie. Nach Jahren hat sich endlich Achsenmyopie herausgebildet. —

Doch darf man nicht glauben, dass die Weiterentwickelung der Myopie etwa immer oder nur überwiegend häufig mit abnormer Accommodationsspannung einhergeht.

Bisweilen sind mit letzterer asthenopische Beschwerden verknüpft. Oefter ist das Auge leicht hyperämisch, die Papilla optica geröthet. Die Pupille ist meist etwas erweitert. Die Accommodationsbreite zeigt sich verringert, da nur der Fernpunkt heranrückt. Durch die für die angebliche Myopie ungewöhnliche Entfernung des p. proximum vom Auge kann man oft schon bei der subjectiven Prüfung des Patienten die scheinbare Myopie von der wirklichen unterscheiden.

Den nächsten Anlass zur abnormen Accommodationsspannung, die Myopie vortäuscht, giebt vorzugsweise die andauernde Sehachsenconvergenz. Schon normaler Weise rückt mit der Sehachsenconvergenz der Fernpunkt (relativer Fernpunkt) heran. Auch findet man bei binocularer Refractionsbestimmung mittels Gläser nicht selten einen geringeren Grad von Myopie (bis 2·0) als bei der üblichen monocularen, wo das eine Auge verdeckt und damit ein anderer Conver-

genzgrad ermöglicht wird. Blendung kann ebenfalls das Leiden veranlassen.

Daneben spielen oft constitutionelle Momente mit, so Anämie, Nervosität, Onanie. Auch Localaffectionen des Auges, welche die Sehkraft herabsetzen, gehören hierher. Im jugendlichen Alter und besonders bei leichten Graden der Hypermetropie und höheren Graden der Kurzsichtigkeit ist die abnorme Accommodationsspannung am häufigsten.

Die Therapie besteht in energischer und fortgesetzter Atropinisirung, während deren man zum Abhalten des Lichtes blaue oder graue Schutzbrillen tragen lässt. Am besten lässt man drei bis vier Wochen lang zweimal täglich Atropin einträufeln und jede Nahearbeit meiden. Bisweilen tritt erst nach einiger Zeit der Atropinisirung die vorher mit dem Augenspiegel festgestellte Refractionsabnahme ein. Daneben Roborantien und Aufenthalt in freier Luft. Antiphlogistische Mittel, abgesehen vielleicht von kühlen Bleiwasserumschlägen gegen bestehende Conjunctivitis oder Blepharitis, sind selten erforderlich.

Da aber Neigung zu Recidiven besteht, so wird bei der später wieder aufgenommenen Beschäftigung möglichst auf Vermeidung der in der Nahearbeit liegenden Schädlichkeiten zu sehen sein, eventuell wird von Zeit zu Zeit die Kur wiederholt werden müssen.

Drittes Kapitel.

Amblyopie und Amaurose.

Die Bezeichnungen Amblyopie, Schwachsichtigkeit (*ἀμβλύς*, stumpf *ὤψ* Gesicht) und Amaurose, Blindheit (*ἀμαυρός* dunkel) im engeren Sinne pflegen wir für diejenigen Störungen des Sehvermögens zu gebrauchen, welche weder durch dioptrische Hindernisse noch durch Erkrankungen des Auges selbst bedingt sind. Es handelt sich demnach bezüglich der Amaurose gewissermaassen um denselben Zustand, den Philipp v. Walther seiner Zeit so definirte, dass der Kranke nichts sähe und der Arzt auch nichts. Doch pflegen wir gewisse Schwachsichtigkeiten oder Erblindungen noch hierher zu rechnen, bei denen sich dennoch später ein pathologischer ophthalmoskopischer Befund herausstellt, nämlich der einer Sehnervenatrophie. Das Fehlen ausgeprägter

Veränderungen im Beginn des Leidens lässt jedoch die Einreihung in die Kategorie der Amblyopien und Amaurosen gerechtfertigt erscheinen. — Es handelt sich bei ihnen immer um Störungen, die Sehnerv, Chiasma, Tractus opticus oder die cerebralen Centren treffen.

1. Diagnose.

Bei der Prüfung des Sehvermögens sind folgende Functionen desselben in Betracht zu ziehen:

1) Das centrale Sehen (Sc).

Die Macula lutea besitzt die grösste Sehschärfe. Wie wir dieselbe messen, ist in dem Abschnitt über Refraction auseinandergesetzt.

Die Bestimmung des Grades der Sehschärfe erfolgt durch die Formel $S\ (V) = \frac{d}{D}$, wobei d die Entfernung ausdrückt, in der Patient die Proben sieht und D diejenige, in der er sie sehen soll. Es ist hierbei vorausgesetzt, dass etwaige Refractionsanomalien vorher durch die entsprechenden Gläser corrigirt sind. Die Prüfung wird wie die der Refraction, mit der sie sich, wie wir oben gesehen, unmittelbar verknüpft, in der Regel auf eine grössere Entfernung (etwa 5 m) gemacht. Ist die Sehschwäche so bedeutend, dass die grösseren Buchstaben nicht in dieser Entfernung erkannt werden, so lässt man näher herantreten.

Die in den Snellen'schen Sehproben angegebenen Entfernungen drücken ein Durchschnittsmaass aus, da die physiologische Sehschärfe sehr breiten Schwankungen unterliegt. So ist sie nach dem Alter verschieden; jugendliche Individuen haben in der Regel eine höhere, selbst über vierfache Sehschärfe, wie besonders die neueren von H. Cohn im Freien angestellten Untersuchungen ergaben. Mit den Jahren nimmt sie in ziemlich gleichmässigem Grade ab: während sie im 50. Lebensjahre noch etwa 1 ist, wird sie im 80. = $^4/_6$ (Boema und Walther). Unkultivirte Völker haben durchschnittlich eine etwas bessere Sehschärfe, jedoch finden sich gleich hohe Sehschärfen auch bei uns. Besonderen Einfluss hat die Beleuchtung. Es wird vorausgesetzt, dass die Prüfung bei hellem Tageslicht stattfindet. Um sich von dem Wechsel der Tagesbeleuchtung (— nach Cohn's Untersuchungen mit dem Leonhard Weber'schen Photometer schwankte im Sommer Nachmittags von 5 bis 7 Uhr die Helligkeit zwischen 19 bis 196 Meterkerzen —) unabhängig zu machen, kann man eine Lampe, in bestimmter Entfernung von den Proben gestellt, benutzen, oder man zieht die am eigenen Auge beobachtete Verminderung der Sehschärfe, wie sie bei weniger guter Tagesbeleuchtung eintritt, mit in Rechnung.

Werden keine Buchstaben mehr erkannt, so bestimmt man, in welcher Entfernung noch Finger von dem Kranken gezählt werden. Der Arzt hält sie ausgespreizt auf dunklem Hintergrunde, etwa auf seinem Rocke. — Der Kranke ist dabei mit dem Rücken dem Fenster zugekehrt. Das Zählen der Finger kann normaler Weise in ungefähr 60 m erfolgen, ist aber meist entschieden leichter als das Erkennen von Snellen Nr. LX, welche Probe ebenfalls in 60 m erkannt werden soll.

Werden auch in nächster Nähe Finger nicht mehr gezählt, so prüft man, ob Patient unterscheidet, dass ihm eine oder zwei Hände vorgehalten wurden. Endlich, wenn auch dies versagt, ob er noch die Bewegung der Hand sieht und in welcher Entfernung. Man beachte aber dabei, dass, wenn man sich sehr nahe dem Auge befindet, das von der Hand reflectirte Tageslicht dem Patienten anzeigen kann, ob die Hand da ist oder fortgenommen wird.

Die bisherigen Prüfungen — etwa die Prüfungen mit der Hand ausgeschlossen — erstrecken sich auf die qualitative Lichtempfindung des Patienten. Die Prüfung einfacher Lichtempfindung (mit Lampe u. dgl.) bezeichnet man als quantitative. Man sieht, ob eine grossbrennende Lampe, ob eine mittelgross, klein oder kleinst brennende (wo nur noch mit bläulichem Licht der Rundbrenner leuchtet) erkannt wird. Die geringste Sehfähigkeit erfordert das Erkennen des Sonnenlichtes. —

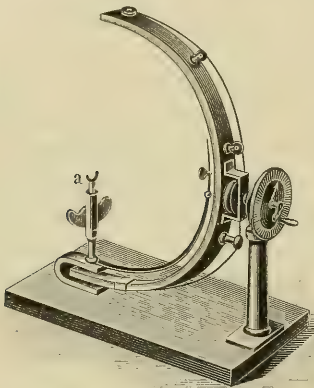
Bei einer Reihe von Patienten, die an Blendungs-Erscheinungen leiden, ist es von Wichtigkeit auch die Sehschärfe zu bestimmen, wenn sie das Gesicht dem Fenster zugewandt haben. Man constatirt hier oft erhebliche Herabsetzungen, die sich in der Regel verringern, wenn man durch nussschalenförmige Brillen mit einer etwa 10 mm grossen centralen Oeffnung, welche das seitliche Licht abhalten, blicken lässt. Bei diesem Versuche schliesst man den von mir experimentell nachgewiesenen, eventuell störenden Einfluss der peripheren diffusen Netzhautbeleuchtung auf die Wahrnehmung des macularen Bildes aus. Therapeutisch kann man solchen Kranken dann durch dicht anliegende, ähnlich construirte Brillen (Peripherie-Schutzbrillen), allerdings mit grösserer centraler Oeffnung zur Vermeidung einer hinderlichen Gesichtsfeldeinengung, nicht unwesentlichen Nutzen schaffen.

2) Das periphere Sehen.

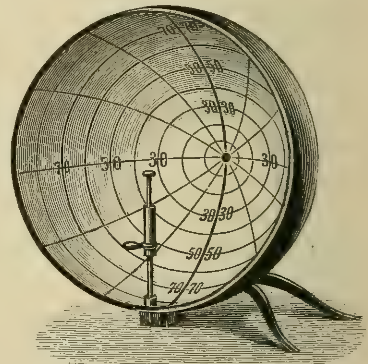
(Gesichtsfeld und excentrisches Sehen.)

Ausser der Macula lutea ist auch die übrige Netzhaut bis in die Nähe ihrer äquatorialen Zone im Stande Lichteindrücke zu percipiren. Die einfachste Art der Prüfung des peripheren Gesichtsfeldes geschieht, wie in der Einleitung ausgeführt, so, dass man, während das zu untersuchende Auge central einen Gegenstand fixirt, feststellt, wie weit peripher noch Handbewegungen gesehen werden. Bei starken Sehstörungen wird eine Lichtflamme zu diesen Prüfungen benutzt.

Genauer geschieht die Untersuchung am Perimeter (Förster, Aubert). Hier (Figur 56) befindet sich das Auge des Patienten im Centrum (a) eines halben Kreisbogens, der in Winkelgrade getheilt und drehbar ist. Auf diesem Kreisbogen wird ein weisses Quadrat bezw. eine weisse Kugel, während der Nullpunkt mit dem Auge fixirt wird, von der Peripherie her nach dem Centrum geführt, und der Moment angegeben, wo selbige eben sichtbar wird, d. h. nicht als scharfe Kugel, sondern als weisses Object. Hierauf ist der zu Untersuchende besonders aufmerksam zu machen, da man, falls bis zum deutlichen Erkennen der Kugel gewartet wird, nicht-vorhandene Gesichtsfeldeinengungen erhält. Auch kommt die Grösse der Kugel, bezw. des be-



56.
Perimeter von Förster.



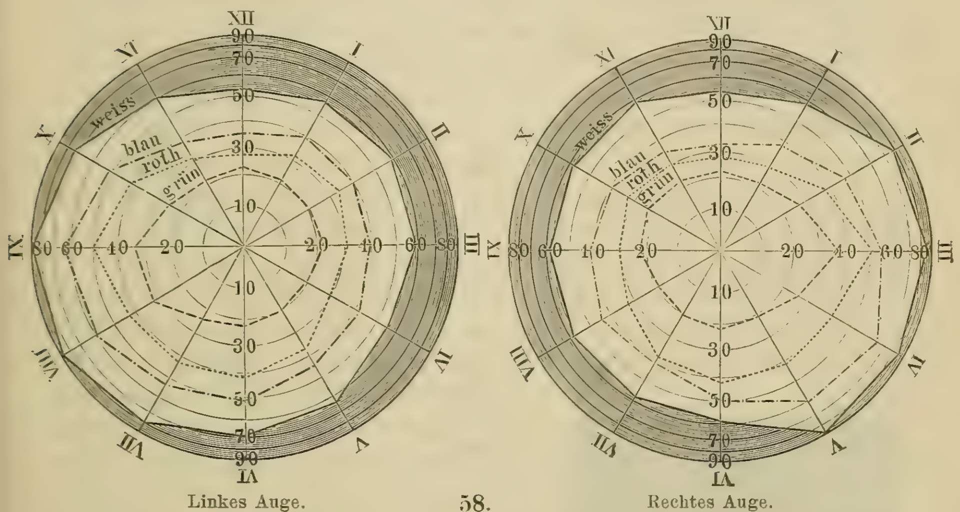
57.
Perimeter von Scherk.

nutzten Quadrates in Betracht: dieselbe wird meist von 0,5—1,0 cm Ausdehnung gewählt. Je grösser das Object, um so weiter erstreckt sich die periphere Wahrnehmung. Es ist daher bei jeder Gesichtsfeldbestimmung auch die Grösse des Probeobjectes anzugeben. Der auf dem Kreisbogen angegebene Winkelgrad zeigt uns den Gesichtswinkel, unter dem nach dieser Richtung hin noch gesehen wird.

Am Förster'schen Perimeter muss der Kreisbogen, je nachdem man das Gesichtsfeld in den verschiedenen Meridianen prüfen will, entsprechend gedreht werden. Einfacher ist das Scherk'sche Perimeter, welches aus einer grösseren Halbkugel mit Gradtheilung besteht (Figur 57). Hier benutzt man, während der Nullpunkt fixirt wird, ebenfalls eine weisse Kugel, die aber an einem gebogenen Fischbeinstäbchen befestigt ist, zur Prüfung. Indem man sich mit Kreide die Grenzen in den einzelnen Meridianen bezeichnet, erhält man sofort ein anschauliches Bild des Gesichtsfeldes. Es besteht aber der Nachtheil, dass der Untersucher die centrale Fixation des Kranken nur schwer controlliren kann. Neuerdings ist eine kleine Halbkugel aus durchsichtigem Celluloid construirt worden (Ascher's Perimeter),

die der Kranke an einem Griff sich selbst vorhält, während das Prüfungsobject aussen herumgeführt wird; leider ist das Centrum undurchsichtig, sodass centrale Skotome sich in der erwähnten Weise nicht feststellen lassen. Für die Praxis am geeignetsten erscheint mir das Schweigger'sche kleine Perimeter, das nur aus einem drehbaren Halbkreisreifen besteht, den der zu Untersuchende an einem Handgriff hält. Mellardy hat ein recht praktisches selbstregistrirendes Perimeter (ähnlich dem Förster'schen) angegeben, das durch Anschlagen des hinter dem Fixationspunkte auf eine kleine Platte gespannten Gesichtsfeldschemas gegen eine scharfe hervorragende Spitze, deren Stellung der jeweiligen peripheren Lage des Sehobjectes entspricht, das Gesichtsfeld sofort einzeichnet.

Zum Aufzeichnen benutzt man Gesichtsfeldschemata, welche zwölf, den Augenmeridianen entsprechende Radien zeigen, in deren Richtung die Grenzen des Gesichtsfeldes für gewöhnlich bestimmt werden. Man hat die



Linkes Auge. 58. Rechtes Auge.

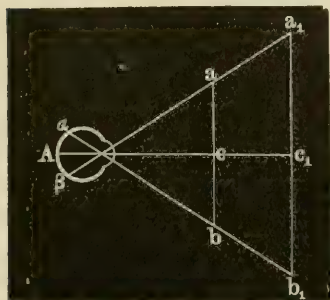
Radien wie Zeiger einer Uhr (I bis XII) bezeichnet. Die Ausdehnung des Gesichtsfeldes erstreckt sich nach oben (XII) normaler Weise ca. 50 Grad, nach unten (VI) 70 Grad, nasalwärts 60 Grad, temporalwärts 85 Grad. In dem Gesichtsfeldschema (Figur 58) sind die Grenzen eingezeichnet; ebenso die etwas engeren Grenzen für die Erkennung der Farben (Prüfung mit Farbenquadraten von 1 cm Seitenlänge). Es ist besonders darauf zu achten, dass der zu Untersuchende den Nullpunkt dauernd fixirt und nicht der sich bewegenden Kugel mit dem Auge folgt. Ferner muss derselbe wiederholentlich darauf aufmerksam gemacht werden, sofort anzugeben, wenn er das Kommen der Kugel wahrnimmt, und auch darauf, dass er eben nur das Kommen, nicht die genaue Form derselben zu erkennen braucht. Wenn man dies nicht beachtet oder die Angaben nicht öfter controlirt, wird man nicht

allzu selten concentrische Gesichtsfeldeinschränkung fälschlich diagnosticiren. Eine Reihe derartiger Einschränkungen, die bei Hysterischen gefunden worden sind, beruhen einfach auf Beobachtungsfehlern.

Gleiches gilt für die Feststellung des sogenannten Ermüdungs-Phänomens, das man besonders bei traumatischer Neurose häufig gesehen haben will. Wenn man am Perimeter im horizontalen Meridian die Kugel erst von der temporalen Seite zur nasalen führt und dann gleich darauf von der nasalen zur temporalen und das einige Zeit fortsetzt, so kann es sich zeigen, dass in Folge von „Ermüdung“ die peripheren Grenzen, an denen die Kugel verschwindet, immer enger werden und so schliesslich bei Perimetrirung aller Meridiane eine Gesammtverengung des Gesichtsfeldes eintritt (Förster, Wilbrand). Aber es handelt sich in der Regel hierbei nur um ein Einschlafen der Aufmerksamkeit: wenn man die Untersuchenden energisch auffordert aufzupassen, erweitert sich das Gesichtsfeld sofort.

Noch sei hervorgeboben, dass wenn man das Gesichtsfeld nach oben prüft, das obere Lid etwas gehoben werden muss, da es sonst leicht Lichtstrahlen abhält; bei der Prüfung des nasalen Gesichtsfeldes dreht der Patient den Kopf etwas nach der Seite des entgegengesetzten Auges, um die Hindernisse, welche eine mehr oder weniger hervorragende Nase dem peripheren Sehen setzt, auszuschliessen.

Man hat an Stelle der Fixation des Nullpunktes mit der Macula lutea, wie sie hier angegeben, auch den blinden (Mariotte'schen) Fleck (Papilla optica) als Centrum des Gesichtsfeldes angenommen. Da derselbe meist circa 15 Grad temporalwärts liegt — bei Hyperopie etwas weiter, bei Myopie ohne Conus etwas näher (Schleich) —, so liess man die Macula lutea auf eine 15 Grad nasalwärts vom Nullpunkt im horizontalen Meridian gelegene Fixirmarke einstellen. Doch ist diese Methode, zumal die Lage des blinden Fleckes bei den verschiedenen Individuen durchaus nicht genau übereinstimmt, jetzt ziemlich allgemein aufgegeben.



59.

Auch durch Projection des Gesichtsfeldes auf eine senkrecht stehende Wandtafel (Campimeter) oder einen Papierbogen kann man ausreichende Feststellungen machen. Indem das Auge in der Mitte einen Punkt fixirt, wird mit der weissen Kugel oder Aehnlichem die Grenze des Sehens und ihre Entfernung vom Fixationspunkt in Centimetern gemessen eruirt. Doch ist hier immer auch die Entfernung,

in der das Auge sich vom Fixationspunkte befindet, anzugeben, da mit Zunahme der Entfernung auch das Gesichtsfeld wächst. Dies zeigt Figur 59. α und β seien diejenigen peripher gelegenen Netzhautpunkte, welche im Auge A eben noch percipiren; weiter nach vorn befindliche vermitteln keinen Lichteindruck. Bei Fixation des in der Entfernung Ac gelegenen Punktes c werden danach a und b die äussersten wahrnehmbaren Punkte des entsprechenden Gesichtsfeldes sein. Wird hingegen Punkt c_1, in der Entfernung Ac_1 gelegen, fixirt, so sind die Punkte a_1 und b_1 diejenigen, welche auf α und β ihr Bild werfen: das Gesichtsfeld ist demnach für diese grössere Entfernung auch erweitert. Man kann die campimetrischen Messungen in verschiedenen Entfernungen sehr gut benutzen, um sich gegen die nicht seltenen Simulationen von Gesichtsfeldeinengungen zu schützen, da die Ausdehnung des Gesichtsfeldes immer in einem richtigen Verhältniss zur Entfernung des Auges vom Fixationspunkte stehen muss.

Nicht nur die Grenzen des Gesichtsfeldes, sowohl was die Empfindung für weiss als für Farben betrifft, unterliegen pathologischen Einengungen (periphere Gesichtsfelddefecte), sondern es treten auch innerhalb der Gesichtsfelder selbst öfter umschriebene Defecte auf. Man bezeichnet dieselben als Skotome und spricht von centralen, d. h. im Fixationspunkte liegenden, von paracentralen, pericentralen und von peripheren Skotomen. Sie heissen absolute, wenn auch weiss in ihnen nicht wahrgenommen wird, relative, wenn nur die Farben undeutlich werden. Auch hat man nach der Art, wie sie dem Patienten zur Erscheinung kommen, positive und negative unterschieden (Förster). Bei den positiven Skotomen, die in der Regel durch materielle Erkrankungen der Retina oder Chorioidea veranlasst sind, aber auch bei Sehnervenleiden vorkommen, — empfindet der Kranke selbst die Lücke in seinem Gesichtsfelde, er weiss, dass z. B. bei centralem Skotom der fixirte Buchstabe unsichtbar ist, während der nebenstehende Buchstabe sichtbar bleibt. Bei dem negativen Skotom hingegen kommt der Defect nicht ohne Weiteres zu seinem Bewusstsein; erst durch eingehendere Untersuchungen wird — ähnlich wie beim blinden Fleck — der Ausfall oder die Verschlechterung des Sehens an umschriebener Stelle erwiesen. Besonders wichtig für gewisse centrale Skotome, wie sie in Folge von Neuritis retrobulbaris besonders bei der Intoxications-Amblyopie auftreten, ist die Untersuchung mit grünen und rothen farbigen Quadraten ($^1/_2$—1 cm^2), die an der Stelle des Skotoms Abschwächungen oder Veränderungen ihrer Farbe erfahren. Roth erscheint dann dunkler oder auch gelegentlich gelblich, grün wird grauweiss u. s. f. —

Zur Entdeckung sehr kleiner Ausfälle im Gesichtsfelde benutzt man als Perimeter-Objecte kleinste Scheiben (bis 1 mm Durchmesser herab,

Bjerrum) oder einen Papierbogen, auf den man zahlreiche Tintenflecke neben einem centralen Fixationskreuz gemacht hat. Indem der Patient in grosser Nähe (15 bis 25 cm) das Kreuz fixirt, bezeichnet man mit einer Feder die einzelnen Tintenflecke, welche er nicht sieht, und constatirt so den Defect. Intelligentere Patienten zeichnen selbst ihre Skotome ein.

Ohne dass Anomalien in der Ausdehnung des Gesichtsfeldes bei der erwähnten Prüfung am Perimeter hervortreten, können pathologische Veränderungen in der Weise das excentrische Sehen befallen, dass sie die excentrische Sehschärfe (Se) herabsetzen. Meist begnügt man sich hier mit gröberen Prüfungen; man untersucht beispielsweise, wie weit Patient noch peripher Finger zählen kann und vergleicht dies mit dem eigenen normalen excentrischen Sehen. Will man genauere Resultate, so benutzt man am Perimeter Snellen'sche Schriftproben und bestimmt, bis zu welchem Winkelgrade unter Vergleich mit dem excentrischen Sehvermögen eines normalen Auges dieselben peripher noch entziffert werden. Doch bedingt hier grössere oder geringere Uebung bedeutende Unterschiede. Vossius fand, dass mit Snellen'schen Buchstaben (l, i, e) S = 1 nach allen Richtungen bis 1° um den Fixirpunkt bestand. Von dort nimmt sie, worin die Untersuchungen übereinstimmen, verhältnissmässig schnell ab, besonders nach oben und unten. Uebrigens ist zu erwägen, dass auch bei unseren üblichen perimetrischen Untersuchungen, falls kleine Probeobjecte benutzt werden, nicht immer ein wirklicher Gesichtsfelddefect die Ursache der gefundenen peripheren Gesichtsfeldeinengung zu sein braucht; es kann sich auch hier nur um eine Herabsetzung des excentrischen Sehens handeln. Prüfung mit grösseren Objecten erzielt in solchen Fällen ein freies Gesichtsfeld.

3) Der Lichtsinn.

Bei der Bestimmung des Lichtsinns sind zwei Functionen zu unterscheiden: erstens, bei welchem Minimum von Beleuchtung eben noch Schwarz von Weiss (etwa ein weisses Quadrat auf schwarzem Grunde) unterschieden wird (Reizschwelle) und zweitens, welches der geringste Helligkeitsunterschied ist, den zwei gleichbeleuchtete Objecte, etwa mehr oder weniger graue Ringe auf weissem Grunde, haben müssen, um noch als verschieden empfunden zu werden (Unterschiedsschwelle). Um die Reizschwelle festzustellen, dient der Förster'sche Apparat (Photometer). Er besteht aus einem geschlossenen Kasten, welcher sein Licht von aussen durch ein mittels einer Kerze beleuchtetes, quadratisches Papierdiaphragma erhält, das vergrössert und verkleinert werden kann. Die Snellen'sche Tafel LX, welche 5 verticale Striche zeigt, dient als Object. Ein normales Auge erkennt sie, wenn das leuchtende

Quadrat etwa gleich 2 qmm ist. Bei dem Minimum der Beleuchtung beobachtet man ein zeitweises Verschwinden und Wiederauftauchen der Striche. Der Lichtsinn wird gefunden durch die Formel $L = \frac{h}{H}$, wo $h = 2$ qmm und $H =$ der Zahl der Quadratmillimeter ist, bei welcher der zu Untersuchende die Proben sieht. Erkennt ein Patient die Striche z. B. erst bei 8 qmm Oeffnung, so ist sein $L = {}^{2}/_{8} = {}^{1}/_{4}$. Der Maassstab am Förster'schen Photometer giebt die Diagonale (d) des Lichtquadrates an; letzteres ist demnach $= {}^{1}/_{2}\ d^{2}$.

Zur Bestimmung der Unterschiedsschwelle kann man sich der Masson'schen Scheibe bedienen. Auf dem centralen Theil einer weissen Kreisfläche wird ein kleiner schwarzer Sector angebracht. Beim schnellen Rotiren erscheint alsdann je nach der Grösse des schwarzen Sectors die centrale Partie mehr oder weniger grau. Es gilt den kleinsten schwarzen Sector (nach Winkel-Graden bezeichnet) festzustellen, bei welchem der Untersuchte noch das centrale Grau der Scheibe von dem peripheren Weiss unterscheiden kann. Pflüger benutzt graue Scheiben, auf denen mehrere verschieden grosse Abschnitte schwarzer, schmaler Ringe concentrisch eingezeichnet sind: beim Rotiren erscheinen letztere als ganze Ringe auf dem grauen Grunde; ihre Schwärze hängt von der Grösse des gezeichneten Ringtheiles ab. Zu gleichem Zweck sind von Ole Bull Tafeln mit grauen Buchstaben verschiedener Intensität auf schwarzem Grunde, von Bjerrum auf weissem Grunde und von Seggel Tafeln mit schwarzen Buchstaben auf verschieden dunklem grauem Grunde hergestellt worden. Treitel verwendet schwarze Tafeln mit kleinen, mehr oder weniger dunkelgrauen Quadraten, Wolffberg schwarze Sammettafeln, auf denen bunte Tuchstücke verschiedener Grösse aufgeklebt sind, die bei entsprechender Tagesbeleuchtung, welche durch Vorhänge von Seidenpapier herabgesetzt und geregelt wird, erkannt werden müssen. Diese Tafeln sollen gleichzeitig zur Bestimmung der Sehschärfe dienen, indem in den Fällen, wo ein rundes rothes Tuchstückchen von 2 mm und ein blaues von 7 mm Durchmesser in $5^{1}/_{2}$ Meter erkannt wird, weder eine Veränderung der Sehschärfe noch des Lichtsinnes noch eine Refractionsanomalie vorliegen soll. Doch erkennt nach Hoor's und Seggel's Nachprüfungen ein grosser Procentsatz normaler Augen die Probeobjecte erst in geringerer Entfernung. Weiter macht Wolffberg in den beigelegten Tabellen Angaben, um aus der in dem Einzelfalle vorhandenen geringeren Entfernung des Erkennens Rückschlüsse auf Affection des Lichtsinnes beziehentlich auf eine Refractionsanomalie (Astigmatismus) zu ziehen. Auch hier haben Nachuntersuchungen mancherlei Abweichungen gezeigt.

Bei einigen Augenerkrankungen (z. B. Retinitis pigmentosa) fällt

eine Erhöhung der Reizschwelle nicht immer mit einer solchen der Unterschiedsschwelle zusammen; es kommen aber bei den einzelnen Fällen derselben Erkrankungsform erhebliche Schwankungen vor. —

Andere rechnen bei der Eruirung des Lichtsinnes mit der Sehschärfe, welche bei einer bestimmten Beleuchtung vorhanden ist. Hierbei werden Apparate benutzt, wo transparente Snellen'sche Buchstaben von Lichtflammen, deren Intensität durch vorgelegtes Milchglas verringert werden kann, in dunklen Zimmern beleuchtet werden (v. Hippel, Weber). Ich habe Lichtsinnmessungen bei Tagesbeleuchtung angestellt, indem ich vor das zu untersuchende Auge Smokegläser von mehr oder weniger dunkler Nuance (in einem kleinen, operngucker-ähnlichen Kasten, der alles Seitenlicht abschliesst) legte. Unter Benutzung der Snellen'schen Sehproben wird nun in gewöhnlicher Weise die Sehschärfe festgestellt und ihre Herabsetzung mit derjenigen verglichen, welche unter gleichen Gläsern bei einem Normalsehenden erfolgt.

Bei allen diesen Bestimmungen muss der zu Untersuchende sich erst einige Zeit an die verminderte Beleuchtung gewöhnt haben, ehe die Prüfungen angestellt werden können. Bei alten Leuten und Myopen zeigt sich der Lichtsinn öfter ohne besondere Augenerkrankungen herabgesetzt. Bei Kindern hat H. Cohn bisweilen auffallende Feinheit des Lichtsinns gefunden. Jedenfalls unterliegt derselbe grossen individuellen Schwankungen. — Auch um Defecte des Gesichtsfeldes zu eruiren, bedarf es bisweilen der Prüfung bei herabgesetzter Beleuchtung.

4) Der Farbensinn.

Nach der Young-Helmholtz'schen Theorie sind drei Grundfarben (roth, grün, violett bezw. blau) anzunehmen, deren Empfindung auf Erregung dreier verschiedener Nervenfasern beruht. Diese sollen im objectiven homogenen Licht je nach dessen Wellenlänge in verschiedener Stärke, aber immerhin gleichzeitig gereizt werden; rothes Licht erregt vorzugsweise die rothempfindenden, weniger die grün- und violettempfindenden, grünes vorzugsweise die grünempfindenden, weniger die roth- und violettempfindenden Fasern u. s. f. Die Anhänger dieser Theorie (v. Kries, König) nehmen an, dass den total Farbenblinden die Zapfen in der Netzhaut fehlen oder functionsuntüchtig geworden sind, da diese den Farbensehenden die Farben-Wahrnehmung ermöglichen.

Nach Hering's Anschauung handelt es sich um chemische Vorgänge. Er unterscheidet drei verschiedene chemische Substanzen, deren Zerstörung und Wiederansammlung (Dissimilation und Assimilation) die Licht- und Farbenempfindungen hervorruft: die weiss-schwarze, roth-grüne und die

blau-gelbe Sehsubstanz. Während er die Weissempfindung mit der Dissimilirung, die Schwarzempfindung mit Assimilirung in Verbindung bringt, lässt er es bei den eigentlichen Farbenpaaren dahingestellt, welche Farbenempfindung dem einen oder anderen dieser Processe entspricht. Die Glieder des ersten Paares (schwarz-weiss) von Empfindungen können sich untereinander und mit den anderen Farbenpaaren mischen; letztere selbst können sich aber nie mit einander verbinden (daher als Contrastfarben bezeichnet): so nicht reines Blau mit reinem Gelb oder reines Grün mit reinem Roth. Wirken sie in gleicher Stärke auf eine Netzhautstelle ein, so entsteht Weissempfindung (daher die Bezeichnung als complementäre Farben).

Daltonismus.

Störungen des Farbensinnes werden mit Daltonismus (nach Dalton, der selbst daran litt) oder Farbenblindheit (Dyschromatopsie) bezeichnet. Nach den entgegenstehenden Theorien über die Farbenempfindung unterscheiden die Einen Roth- (Anerythropsie), Grün- (Achloropsie), Violett- (Akyanopsie) Blindheit (Donders, Holmgren u. A.), die Anderen Roth-Grünblindheit und Blau-Gelbblindheit (Stilling u. A.). Als Bezeichnung der Farbenblindheit in praxi erscheint es bequemer, die Ausdrücke „Roth-Grünblindheit“ und „Blau-Gelbblindheit“ zu wählen, da Fälle vorkommen, bei denen eine strenge Scheidung, ob es sich um „Roth-“ oder „Grünblindheit“ handelt, ausserordentlich schwer oder unmöglich ist. Es treten hier weder die charakteristischen Farbenverwechselungen, von denen unten die Rede sein wird, noch die Verkürzung des Spectrums nach der rothen Seite hin (Rothblindheit), noch die grössere Lichtschwäche der Farbe, für welche die Blindheit besteht, in überzeugender Weise hervor. Man kann weiter eine partielle Farbenblindheit (beispielsweise die Roth-Grünblindheit) und eine totale unterscheiden, wo alle Farbenempfindung aufgehört hat. Letztere ist sehr selten; genauere Beobachtungen sind in neuerer Zeit von Hering, Hess, Pflüger, A. v. Hippel und Uhthoff mitgetheilt worden: sie sprechen gegen ein Fehlen der Zapfen in der Netzhaut, da ein dem entsprechender Ausfall der Function der Macula, wo nur Zapfen liegen, nicht nachweisbar ist.

In einer Reihe von Fällen handelt es sich um keine vollständige Blindheit für Farben, sondern nur um Schwäche des Farbensinnes, die gewisse Farbennuancen zu erkennen hindert oder auch die Farben nicht in der normalen Entfernung erkennen lässt. Man bezeichnet dies als schwachen Farbensinn beziehentlich unvollständige Farbenblindheit.

Bei etwa 3 Procent der bisher daraufhin untersuchten Individuen fand sich angeborene Farbenblindheit; bei Frauen verhältnissmässig sehr

selten. Der Farbensinn der uncivilisirten Völker stimmt mit dem der civilisirten überein (Magnus).

In der Regel trifft die angeborene Farbenblindheit beide Augen; doch sind auch Fälle bekannt geworden, wo nur ein Auge befallen war (Becker, v. Hippel, Kolbe). Am häufigsten handelt es sich um Blindheit für Roth und Grün, ausserordentlich selten für Violett (bezw. Blau-Gelb). Der Daltonismus ist in manchen Familien erblich. Pathologisch wird Farbenblindheit besonders häufig bei Sehnervenaffectionen beobachtet. Bei Hysterischen (Landolt) und im Hypnotismus (Cohn) kommt vorübergehende Farbenblindheit ebenfalls vor. Santonin- und Pierin-Vergiftungen erzeugen Violett-Blindheit (Gelbsehen); bei manchen Ikterischen tritt gleichfalls Gelbsehen auf. Ebenso ist es nach Kohlenoxydgasvergiftung (Hilbert) beobachtet. Auch wird über Gelbsehen in mancherlei Schwächezuständen geklagt. Violettsehen fand sich in einem Falle von Haschisch-Vergiftung (Eversbusch). Anschliessend sei erwähnt, dass bei manchen Personen sich mit dem Hören von Tönen, Geräuschen, Buchstaben und Zahlen bestimmte Farbenempfindungen verknüpfen.

Man hat dem Daltonismus eine erhöhte Aufmerksamkeit zugewandt, seit Favre in Lyon seine grosse Wichtigkeit für die allgemeinen Verkehrsinteressen betonte, da farbige Signale beim Eisenbahn- und Marinedienst in Gebrauch sind. So bedeutet die grüne Laterne oder Fahne im Eisenbahndienst: „Vorsicht", die rothe: „Gefahr"; in der Marine wird auch Gelb und Blau benutzt. Es ist klar, dass Farbenblinde, welche mit diesen farbigen Signalen zu thun haben, durch Verwechselung gelegentlich schwere Unglücksfälle verursachen können. Dass aber dies factisch geschehen, ist kaum erwiesen; die Fälle (so ein Zusammenstoss auf einer schwedischen Eisenbahn bei Lagerlunda), welche darauf zurückgeführt wurden, lassen auch andere Deutung zu. Der Grund für diese auffallende Erscheinung liegt darin, dass Personen, die an angeborener Farbenblindheit leiden, in der Regel einen ausserordentlich feinen Lichtsinn haben, der sie in den einzelnen Farben Unterschiede der Lichtstärke wahrnehmen lässt, welche sie zu einem richtigen Urtheil unter gewöhnlichen Verhältnissen und bei der Uebung, die sie im Signaldienst erlangen, befähigen. So ist die Signalfarbe im Eisenbahndienst „grün" weniger lichtstark als „roth". Werden nun aber künstlich die Bedingungen geändert, etwa das Roth der Laterne dadurch verdunkelt, dass man mehrere rothe Gläser vor das Licht legt, so werden die Farbenblinden irre; ebenso wenn es sich um verhältnissmässig sehr kleine Flächen und sehr grosse Entfernungen handelt.

Auch wird eine von Zeit zu Zeit wiederholte Untersuchung des Beamtenpersonals nöthig sein, um über eine etwa in der Zwischenzeit

erworbene Farbenblindheit oder über erheblichere Abnahmen der Sehschärfe, die ja gleich gefährlich sind, Auskunft zu bekommen. Bei einer derartigen Untersuchung habe ich angestellte Beamte gefunden, deren Sehschwäche auf Sehnerven-Atrophie, Glaucom und oft auf Cataract zurückzuführen war.

Diagnose. Als Regel bei all diesen Untersuchungen hat zu gelten, dass mehrere Prüfungsmethoden anzuwenden sind, da die eine nicht selten von Farbenblinden ganz gut bestanden wird, während bei der anderen der Fehler hervortritt. Ebenso können sich die Farbenblinden auf gewisse Proben einüben.

Unzulänglich ist es, die zu Untersuchenden farbige Papiere u. dgl. einfach mit Namen bezeichnen zu lassen. Einmal lernen eine Reihe von Farbenblinden die richtige Bezeichnung für die Hauptfarben, indem sie die ihnen erkennbaren Unterschiede in der Lichtstärke und im Ton benutzen, andererseits giebt es eine überraschend grosse Zahl von Menschen, die trotz normalen Farbensinnes die richtige Bezeichnung selbst für die Hauptfarben nicht kennen. Der Vorschlag von Magnus, im Schulunterricht Uebungen im Erkennen von Farben unter Benutzung farbiger Plättchen anzustellen, ist daher sehr beherzigenswerth.

Für Massenuntersuchungen empfiehlt sich die sogenannte Holmgren'sche Methode. Bereits Seebeck hat Farbenblinde dadurch erkannt, dass sie aus einer Reihe von verschiedenfarbigen Wollen ungleichfarbige Proben als gleichfarbig bezeichneten und zusammenlegten. Nach Holmgren beginnt man mit Vorlegen einer Wollenprobe von hellgrüner Farbe, bei der das Grün weder eine auffallend gelbe noch blaue Beimischung hat, und lässt die gleichfarbigen Bündel, von denen etwa vier bis sechs in dem Wollenhaufen sein müssen, heraussuchen. Wer schnell, ohne auffällig zu vergleichen und zu zögern (— hierauf ist zu achten! —) die entsprechenden Bündel zulegt, ist nicht farbenblind. Dem, der unsicher war oder direct falsche Farben zugelegt hat, wird nunmehr ein Rosabündel (Mischung von Blau und Roth, auch als Purpur bezeichnet) in mittlerer Sättigung mit derselben Aufforderung vorgelegt. Aber man verlange jetzt, dass zwar gleichfarbige Wollen hinzugelegt werden sollen, aber unter ihnen auch solche, die etwas heller oder dunkler im Tone sind. Hebt man dies nicht hervor, so suchen selbst Farbenblinde bisweilen die passenden Wollen heraus, indem sie sich ganz von ihrem scharfen Sinne für die Lichtstärke der Farbe leiten lassen. Werden die richtigen Bündel herausgesucht, während die vorige Prüfung nicht vorschriftsmässig bestanden war, so handelt es sich um eine unvollständige Farbenblindheit oder schwachen Farbensinn. Man kann daher bei Massen-Untersuchungen, wo man nur die wirklich Farbenblinden feststellen will, gleich mit der Rosa-Probe beginnen. Der

eigentlich Farbenblinde macht deutliche Fehler: und zwar soll nach der Helmholtz'schen Theorie der Rothblinde zu Rosa Blau legen, da ihm das in Rosa enthaltene Roth entgeht, der Grünblinde zu Rosa Grün und Grau, der Violettblinde, dem das Violett bezw. Blau entgeht, Roth. Dieser letztere fügt in der Regel auch bei der ersten Probe zu grüner Wolle blaue. Doch lässt sich, wie erwähnt, ein charakteristischer Unterschied zwischen Roth- und Grün-Blinden durch die Farbenverwechselung in sehr vielen Fällen nicht constatiren. Uebrigens erreichen manche Farbenblinde es durch Uebung, die Wollen richtig zu sortiren. — In ähnlicher Weise wie die buntfarbigen Wollen sind auch bunte chemische Pulver benutzt worden. Adler hat verschiedenfarbige Bleistifte zusammengestellt: sie haben den Vortheil, dass man in den mit ihnen auf Papier gezogenen Strichen gleich ein Document über die getroffene Auswahl erhält.

Daae gab Tafeln heraus, auf denen sich Reihen von verschiedenfarbigen Wollenproben befinden, die so geordnet sind, dass sie den gewöhnlichen Verwechselungsfarben der Daltonisten entsprechen. Der Farbenblinde wird nun gefragt, welche von den horizontalen Reihen, wenn auch in der Lichtstärke verschieden, dieselbe Farbe enthält. Hierbei werden die entsprechenden Fehler der Unterscheidung hervortreten: aber auch nicht bei allen Farbenblinden, da doch gelegentlich dem einen oder anderen die sonst gewöhnlichen Verwechselungsskalen anders und verschieden erscheinen.

Diesen eigentlich pseudo-isochromatischen Proben schliesst sich die mit den Stilling'schen Tafeln an. Hier sind farbige Buchstaben, Zahlen oder Figuren, deren Züge sich aus kleinen Quadraten oder Punkten zusammensetzen, auf andersfarbigen, ebenfalls punktirten Grund gedruckt, und zwar sind die auf einer Tafel befindlichen Farben so gewählt, dass sie von Farbenblinden einer bestimmten Kategorie nicht unterschieden werden können. Damit fällt auch das Vermögen, die Buchstaben zu erkennen. In den neusten Ausgaben sind die Tafeln sehr vollkommen, und es wird kaum ein Farbenblinder im Stande sein, alle Proben fehlerfrei zu bestehen. Andererseits aber kann gelegentlich die Anforderung auch für den normal Farbensehenden zu gross sein, da ausser der Farbenunterscheidung noch eine gewisse Combinationsfähigkeit beansprucht wird. Der zu Untersuchende soll nämlich die Quadrate oder Punkte, welche zusammengesetzt den ganzen Buchstaben bilden, aus dem andersfarbigen Grunde heraussuchen und zu einem Ganzen vereinen. Dazu gehört eine gewisse Gabe der Räthsellösung, und das Verfahren erinnert etwas an die Bilder mit der Unterschrift: „Wo ist die Katz?" Man muss sich daher öfter damit begnügen, sich die einzelnen andersfarbigen Quadrate zeigen zu lassen. Selbst aber für

intelligente Leute mit normalem Farbensinn bietet die Entzifferung einzelner Buchstaben Schwierigkeiten.

Wenn man sich überzeugt hat, dass der zu Untersuchende die richtigen Bezeichnungen für die einzelnen Farben kennt, so kann man recht einfache und schlagende Prüfungen anstellen, indem man kleine kreisförmige Platten von farbigem Papier (Heidelberger Blumenpapier) auf dunklem Sammt (Weber, Wolffberg) oder Farbenpunkte auf schwarzem Hintergrunde (Dor'sche Tafeln) zur Prüfung benutzt. Es hat sich herausgestellt, dass die Grösse dieser Punkte eine verschiedene sein muss, wenn sie in derselben Entfernung erkannt werden sollen. Dor hat Tafeln construirt, welche die farbigen Punkte gerade von der Grösse zeigen (blau = 8 mm im Durchmesser, roth = 3 mm, gelb = 2,5 mm, grün = 2 mm im Durchmesser für eine Entfernung von 5 m), dass sie von einem Normalsehenden in der darauf angegebenen Distance erkannt werden. Muss der Farbenblinde (wir setzen dabei natürlich normale Sehschärfe und eventuelle Correction von Refractionsanomalien voraus) näher herangehen, um die Farben zu erkennen, so hat er einen herabgesetzten Farbensinn. Die chromatoptometrischen Tafeln von Ole Bull enthalten farbige Quadrate auf mattschwarzem Grunde: hier sind die Grundfarben durch Zusetzen von Grau allmählich abgeschwächt. (In noch viel weitgehender Weise sind die einzelnen Farbennuancen durch Zusatz von Schwarz beziehentlich von Weiss in den Radde'schen internationalen Farbentafeln hergestellt).

Mit diesen Hilfsmitteln werden manche sich als farben-amblyopisch erweisen, die andere Prüfungen bestehen: besonders häufig zeigt sich, dass Grün erst viel näher von ihnen als von Normalsehenden erkannt wird. Allerdings haftet diesen Proben der Mangel an, dass die Zahl der bisher Geprüften doch noch nicht gross genug erscheint, um das Verhältniss der Grösse der Farbenpunkte zu der Entfernung, in der sie der Angabe nach gesehen werden sollen, als vollkommen genau und dem physiologischen Durchschnitt entsprechend ansehen zu können. Gröbere Differenzen dürfen indessen sicher als abnorm aufgefasst werden.

Auch Farbenprüfungen mit bunten Gläsern und durchfallendem Licht (Laternenprobe) haben Werth, da sie die realen Verhältnisse des Eisenbahn- und Marinedienstes nachahmen. In einen schwarzen Schirm wird eine Oeffnung von etwa 100 qmm geschnitten, dahinter das farbige Glas gehalten und durch eine Lichtflamme beleuchtet. Der zu Untersuchende befindet sich in dem verdunkelten Zimmer 3 bis 5 m entfernt und giebt die Farben an. Ein nebenstehender Normalsehender controlirt, ob in der That die Farbe erkannt werden kann. Auch Farbenblinde nennen hier gelegentlich eine Zeit lang die Farben richtig;

aber bei fortgesetzter Prüfung, besonders wenn man durch Vorlegen doppelter Platten gleichfarbigen Glases die Lichtstärke verändert, kommen die falschen Angaben. Everbusch hat neuerdings einen besonderen Apparat construiren lassen. —

In dasselbe Gebiet fällt die Untersuchung mit Spectralfarben Für den Roth-Grünblinden erscheint Roth, Orange, Gelb, Grün als Gelb, Blau und Violett als Blau. So wird auch die rothe Linie, welche beim Verbrennen von Lithium im Spectrum entsteht, ebenso wie die gelbe Natrium- und grüne Thalliumlinie von ihm als annähernd identisch und gelb bezeichnet. Eine Verkürzung des rothen Endes ist bei schwacher Lichtintensität öfter vorhanden, während sie bei starker fehlen kann.

Wenn auch den Roth-Grünblinden nur eine Empfindung für Gelb und Blau zukommt, so bezeichnen sie dennoch oft genug die etwa durch einen Schieber eingestellte Einzelfarbe des Spectrums ganz richtig mit der ihr zukommenden Bezeichnung (Grün, Roth u. s. w.). Um Spectralfarben mit Spectralfarben zu vergleichen, kann man sich eines Doppelspectrums (Donders, Hirschberg) bedienen, bei dem durch zwei Röhren die Strahlen auf das brechende Prisma fallen. Deckt man den Spalt der einen Röhre zur Hälfte oben zu, den der anderen zur Hälfte unten, so entstehen zwei übereinander befindliche Spectren und zwar ist es durch Verschiebung der einen Röhre ermöglicht, das eine Spectrum von rechts nach links und umgekehrt unter dem ruhenden anderen wandern zu lassen. Ein Schieber gestattet eine einzige Farbe einzustellen. Man fordert nunmehr den Farbenblinden auf, so lange durch Drehen der einen Röhre das untere Spectrum wandern zu lassen, bis dieselbe Farbe eingestellt ist, die in dem Schieber des oberen steht. Aber fast regelmässig stellt hier selbst der ausgeprägt Grün-Rothblinde die richtige Farbe ein, indem die verschiedene Lichtintensität der Spectralfarben ihn vollkommen richtig leitet. In diesem Sinne ist daher das Instrument zur Diagnose der Farbenblindheit nicht verwendbar.

Ferner hat man auch die Simultancontraste der Farben, die von einem mit normalem Farbensinn ausgestatteten Auge sofort erkannt werden, zur Diagnose des Daltonismus verwandt. Sehr einfach ist das von H. Meyer angegebene Verfahren mit Seidenpapier (Florpapier). Man legt auf eine farbige Papierfläche (etwa roth) einen aus grauem Papier geschnittenen Ring. Wenn man nun beide mit einem entsprechend grossen Stück Seidenpapier bedeckt, so erscheint der graue Ring in der Contrastfarbe (hier bläulichgrün); auf blau erscheint der Ring gelb u. s. f. Der Farbenblinde erkennt natürlich die Contrastfarbe derjenigen Farbe nicht, die ihm fehlt. Pflüger hat in ähnlicher Weise graue Buchstaben auf farbiges Papier geklebt und bedeckt dieselben dann mit einer oder mehreren Schichten Seidenpapier; der Farbenblinde wird bei einer entsprechenden Abschwächung durch das Seidenpapier die Buchstaben nicht mehr erkennen, wo ein die Contrastfarbe sehendes Auge sie noch wahrnimmt. —

Auch mit Hilfe der farbigen Schatten, wie sie als Contrasterscheinung auf

farbig beleuchteten Flächen auftreten (eine Beobachtung, die schon Leonardo da Vinci gemacht), kann man Farbenblindheit diagnosticiren (Stilling). Beleuchtet man eine weisse Papierfläche durch zwei in einiger Entfernung davon befindliche Lichtquellen (etwa eine Lampe und ein Licht) und hält vor eine derselben (etwa vor die Lampe) ein farbiges Glas (roth), so erscheint die weisse Fläche mit dieser Farbe beleuchtet. Wird jetzt vor die Fläche ein Bleistift gehalten, so entstehen zwei Schatten desselben: der eine, welcher von dem farbigen Licht beschienen wird, in der entsprechenden Farbe, der andere in der Contrastfarbe.

Mischfarben, wie sie durch Zusammensetzung aus verschiedenen Farbensectoren auf dem schnell sich drehenden Maxwell'schen Farbenkreisel entstehen, werden von dem Farbenblinden anders empfunden als von dem Normalsehenden. Durch Versuche wird man hier Farbenmischungen finden, welche dem Farbenblinden gleich einer dritten Farbe erscheinen. Diese Mischung wird abweichen von derjenigen, welche sich der Normalsehende als der dritten Farbe gleich zusammensetzt (Farbengleichungen). —

Behandlung. Die angeborene Farbenblindheit ist unheilbar. Durch Vorhalten rother Gläser oder Glaskästchen mit Fuchsinlösung gefüllt (Delboeuf und Spring) kann man allerdings den Roth-Grünblinden öfter die Möglichkeit schaffen, gewisse Farben von einander zu trennen, die sie früher nicht trennen konnten: die rothen Gläser lassen nur die rothen Lichtstrahlen durch, während sie andere unterdrücken; demnach werden auch Farben, die keine rothen Strahlen enthalten, dunkler erscheinen als solche, die viel Roth enthalten. — Durch Uebung, wie Favre meinte, die Farbenblindheit zu heilen, gelingt nicht; wohl aber können Farbenblinde durch Uebung erlernen, gewisse Proben ohne Fehler zu bestehen.

Der Farbensinn der peripheren Netzhautpartien ist geringer als der des Centrums. Die äussere Peripherie ist physiologisch total farbenblind, dann kommt eine Zone, die roth-grünblind ist. Am wenigsten nach der Peripherie erstreckt sich die Zone, in der Grün wahrgenommen wird. Das oben gezeichnete Gesichtsfeldschema (S. 121) enthält die Durchschnittsgrenzen für grün, roth und blau. Die Prüfung wird hier so vorgenommen, dass man ein farbiges Quadrat von 1 cm Seitenlänge am Perimeter von der Peripherie her dem Fixationspunkt nähert und die Grenze, an der die Farbe als solche erkannt wird, bezeichnet. Nimmt man erheblich grössere farbige Flächen, so verschieben sich die Grenzen etwas nach aussen. Auch im centralen Farbensehen kommen, wie schon oben bemerkt, an umschriebenen Stellen pathologische Veränderungen vor. Bei Farbenblind-Geborenen sind öfter die peripheren Grenzen der perversen Farbenempfindung eingeengt (Schirmer); in manchen pathologischen Fällen (so besonders bei Sehnervenatrophie) zeigen sie ebenfalls frühzeitige Veränderungen und Einengungen. —

5) Phosphene.

Drückt man mit der Fingerspitze oder einem Sondenknopf auf die hintere Partie der Sclera, so entsteht durch die Netzhaut-Verschiebung eine subjective Lichterscheinung, welche nach der entgegengesetzten Seite hin projicirt wird. Hier ist es die mechanische Reizung, welche den nervösen Sehapparat treffend, die specifische Lichtreaction hervortreten lässt. Bestehen derartige Druckphosphene, so kann die Leitung nach dem Gehirn nicht vollständig aufgehoben sein. Doch ist der Versuch bei ungenauen Beobachtern nicht immer von Erfolg, auch gehört eine bestimmte Schnelligkeit und Tiefe des Druckes dazu, um die Erscheinung hervorzurufen.

Subjective Lichterscheinungen ohne äussere mechanische Ursache kommen bei mancherlei Reizzuständen der Retina vor: so wird über feurige Kugeln, Regen von Sternen, glänzende Funken (Photopsien) oder farbige Erscheinungen (Chromatopsien), wie blaue und rothe Wolken und ähnliches, oft geklagt. Doch können dieselben ebenso gut im Sehcentrum ihre Entstehungsursache haben. Absolut Amaurotische haben öfter noch derartige Photopsien.

Reizungen des Sehnerven mittels des constanten Stromes bewirken ebenfalls Lichterscheinungen. Bei Atrophie des Sehnerven bleibt das Phänomen aus oder tritt nur bei stärkeren Strömen ein (Velhagen). Gelegentlich kann dieses Verhalten zur diagnostischen Unterscheidung zwischen Netzhaut-Ablösungen und Sehnerven-Atrophien benutzt werden.

2. Prognose, Aetiologie und Therapie.

Bezüglich der Prognose der Amblyopie muss festgehalten werden, dass es immer einer gewissen, nicht zu kurzen Beobachtungszeit bedarf, ehe man einigermaassen gesicherte Aussprüche thun kann. Im Ganzen geben die eben erwähnten Untersuchungen der verschiedenen Sehfunctionen einen Anhalt. Besonders das Verhalten des Gesichtsfeldes ist, wie A. v. Graefe ausführlich dargelegt hat, von Bedeutung. Bleibt die Gesichtsfeldgrenze normal und zeigt das excentrische Sehen nur eine Abnahme, die der des centralen Sehens entspricht, so ist die Prognose verhältnissmässig gut. Besteht eine umschriebene centrale Herabsetzung (centrales Skotom) bei freiem Gesichtsfeld und bleibt beides längere Zeit stationär, so ist ebenfalls eine totale Erblindung selten. Bei den später zu besprechenden Intoxicationsamblyopien, und auch bei retrobulbärer Neuritis etc. tritt öfter selbst bei grösseren Skotomen noch Besserung und centrales Sehen ein. Widerstehen die oben erwähnten einfachen Amblyopien mit gleichmässiger Herabsetzung des

Sehens (Amblyopien ohne ophthalmoskopischen Befund) einer entsprechenden Behandlung, so muss jedenfalls genau und wiederholt (besonders mit Farben) darauf untersucht werden, ob kein centrales Skotom besteht. Je mehr man darauf achtet, um so seltener kommen die Formen, die man früher als „Amblyopie ohne Befund" beschrieben hat, zur Beobachtung (abgesehen von congenitalen Processen); in der Regel handelt es sich um retrobulbäre Neuriten, bei denen die macularen Fasern (centrales Skotom) regelmässig besonders stark leiden. Zeigen sich schliesslich frühzeitig periphere Ausfälle im Gesichtsfelde, wird das pheriphere Gesichtsfeld für Farben eingeschränkt, so ist ein progressiver Charakter der Erblindung zu befürchten, vor Allem, wenn sich noch eine diffuse Abblassung der Papille einstellt (meist progressive Sehnervenatrophie, vgl. Sehnervenerkrankungen). Auf den ophthalmoskopischen Befund an der Papille ist dauernd zu achten.

Der Verlauf ist meist ein allmählich fortschreitender, aber es kann auch in wenigen Tagen die Amblyopie ihren Höhepunkt erreichen. Ja, es kommt gelegentlich in ganz kurzer Zeit zur vollständigen Amaurose, ohne dass an der Papilla optica Veränderungen nachweisbar sind oder irgend eine Ursache der Erblindung erkennbar ist. Für solche Fälle bietet prognostisch bisweilen die Pupillenreaction auf Licht einen Anhalt. Ist dieselbe noch vorhanden, so ist die Prognose günstiger, jedoch sind auch trotz vollkommener Aufhebung der Pupillenreaction noch Heilungen der Erblindung beobachtet worden.

Wenn ein Lichtreiz die Netzhaut eines Auges trifft, so wird er in Folge der Semidecussation der Fasern im Chiasma durch die Tractus beiderseits zu dem Reflexcentrum für die Pupillenreaction fortgeleitet, denn auch für die Pupillenfasern wird eine theilweise Kreuzung angenommen (Bechterew, Bernheimer). Es ist nämlich wahrscheinlich, dass die für Sehempfindungen und die für die Pupillenreflexe bestimmten Fasern — auch morphologisch durch ihre Dicke — verschieden sind (Schirmer, Bernheimer). Ueber die Lage des Reflexcentrums weichen die Ansichten auseinander: die meisten halten die vordere Vierhügelgegend dafür, von denen die Pupillen-Fasern nach Bernheimer zu den Sphincterkernen des Oculomotorius am Boden des 3. Ventrikels, die selbst wieder mit einander in Verbindung stehen, ziehen. Nach der Ansicht von Bach gehen Fasern von den Vierhügeln zu den allerobersten Partien des Halsmarks, wohin er das Reflexcentrum für die Pupille verlegt. Es folgt jedenfalls hieraus, dass eine Unterbrechung in diesen Leitungswegen bestehen muss, wenn mit der Amaurose auch die Pupillenreaction auf Licht aufhört; ist hingegen der Sitz des Leidens mehr centralwärts, so bleibt dieselbe bestehen. Ist nur ein Auge erblindet, so wird bei Beleuchtung des anderen

Pupillenreaction auch des blinden Auges eintreten, falls diese Wege intact sind. Wenn man die Pupillenreaction des blinden Auges prüfen will, muss man demnach das sehende zudecken. Ferner ist zu beachten, dass Pupillenverengung ohne Einfluss des Lichtreizes als einfache Begleiterscheinung der Convergenz der Augen oder der Accommodation erfolgt. Pupillenerweiterung hingegen kann auf sensible und psychische Reize eintreten.

Auch der sogenannte Haab'sche Rindenreflex der Pupille könnte zu Täuschungen Anlass geben. Wenn der Untersuchte im Dunkelzimmer, das nur durch eine seitwärts unter einem Winkel von 45° in der Entfernung des Kopfes des Beobachters stehende Lampe erhellt ist, gerade aus in die Pupille des Arztes blickt, so erweitert sich seine Pupille. Fragt man ihn jetzt plötzlich, ohne dass er die Blickrichtung ändern darf, ob er auch das Licht der Lampe sehe, so verengt sich seine Pupille. Nach Haab erklärt sich der Vorgang so, dass durch das Hinlenken der Aufmerksamkeit auf die bereits im Gesichtsfelde befindliche Lampe eine erneute Erregung der Netzhautstelle erfolge; der Reiz gelange durch den Sehnerv zur Hirnrinde und von dieser durch absteigende Fasern zum Oculomotorius und rufe so die Pupillenverengerung hervor.

Geht die Erblindung nicht zurück, so stellt sich nach einigen Monaten eine blasse Verfärbung (Atrophie) der Papilla optica heraus.

Abgesehen von den besonderen ätiologischenten Momenten, welche wegen ihres häufigen Vorkommens zur Aufstellung gewisser, später zu erwähnender Gruppen von Amblyopien führen, finden wir vorzugsweise Constitutionsanomalien, Congestionszustände, unterdrückte Hämorrhoiden, Menstruationsanomalien, Hysterie, Erkältungen, Hirnkrankheiten, Meningitis, Typhus, Masern, Syphilis, Intermittens, unruhiges, ausschweifendes Leben, Neurasthenie, Schlaflosigkeit und Aehnliches als Schädlichkeiten angeschuldigt, auf welche die Amblyopie oder Amaurose zurückzuführen ist. Auch Erblichkeit spielt eine Rolle. So liegen Beobachtungen vor, wo die Glieder mehrerer Generationen in einem gewissen Lebensalter erblindeten.

Bei der Behandlung ist vor Allem nöthig, möglichst streng zu individualisiren und gegen etwaige ursächliche Leiden vorzugehen. Je nach letzteren werden Schwitzkuren (mit Pilocarpin oder Natr. salicylic.), Schmier- oder Sublimatkuren, Abführmittel, Menagoga u. s. w. angezeigt sein; in anderen Fällen wiederum roborirendes Verfahren, tägliche Injectionen von 0·001 Strych. nitr. in die Schläfe (Nagel). Weiter können nützlich sein: der constante Strom, Eisbeutel auf den Kopf oder Nacken (Mooren) oder Haarseil im Nacken. Das Ansetzen künstlicher Blutegel an die Schläfe ist oft vortheilhaft; immer wird man gut thun, falls es sich nicht um deutlich ausgesprochene anämische oder abgelaufene degenerative Vorgänge handelt, wenigstens einmal eine versuchsweise Application zu machen. Nach der Application ist der Kranke womöglich einen Tag im Dunkelzimmer zu halten. Die einige Tage

später zu machende Sehprüfung giebt dann Anhalt, ob eine Wiederholung der Blutentziehung angezeigt ist.

Dabei ist der Kranke seiner gewohnten Beschäftigung zu entziehen, die Augen müssen absolut geschont werden. Aufenthalt im verdunkelten Zimmer ist wenigstens anfänglich anzuempfehlen: sonst sind Schutzbrillen zu tragen.

Besondere Formen der Amblyopie.

Man kann unter den Amblyopien und Amaurosen theils dem Krankheitsbilde, theils der Aetiologie nach gewisse Gruppen unterscheiden.

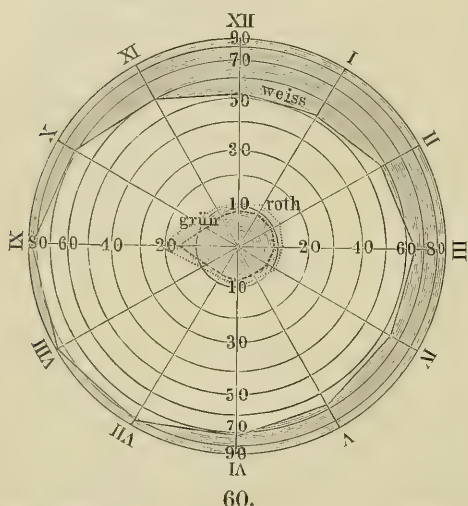
1) Die congenitale Amblyopie erstreckt sich auf beide Augen oder ist, wie auch nicht selten, einseitig. Häufig sind Refractionsanomalien damit verknüpft, besonders bei hochgradigen Hyperopen ist ein gewisser Grad der Amblyopie oft vorhanden; ebenso beobachtet man sie nicht selten, wenn sich eine weisse Sichel unterhalb der Papilla optica findet: man wird dieselbe dann mit einem mangelhaften Verschluss der fötalen Augenspalte in Verbindung bringen können. Als Complication findet sich Mikrophthalmos, Colobom der Chorioidea und Iris, Albinismus, Nystagmus und Schielen. Die Herabsetzung der Sehschärfe im Centrum und in der Peripherie ist gleichmässig; seltener besteht eine mässige Gesichtsfeldeinengung.

2) Amblyopie aus Nichtgebrauch (Ambl. ex anopsia, nach Hirschberg sprachlich correcter Ambl. ex ablepsia). Wenn in früher Jugend ein Auge vom binocularen Sehact ausgeschlossen wird, z. B. durch Strabismus, durch Hornhaut-Flecke, so verringert sich damit seine Sehfähigkeit. Wir führen dies, wie in dem Kapitel über Schielen weiter erörtert wird, auf einen Mangel der physiologischen Entwickelung und Ausbildung des centralen Sehcentrums zurück. Im höheren Lebensalter kann daher eine Amblyopie aus Nichtgebrauch nicht mehr eintreten. Sind beide Augen eines Kindes etwa durch angeborene Katarakt nicht sehfähig, so gesellt sich zu diesem optischen Hinderniss leicht secundär eine Amblyopia ex anopsia. Therapeutisch ergiebt sich daraus die Regel, durch frühzeitige Operationen etwaige optische Hindernisse fortzuräumen, andernfalls durch Separatübung des amblyopischen Auges die Sehfähigkeit zu heben. Zu letzterem Zweck werden bei gleichzeitig bestehenden Refractionsanomalien corrigirende Gläser, oder auch bei starker Sehschärfenherabsetzung zur Vergrösserung Convexgläser für die Nähe benutzt.

Nach längerem krampfhaften Verschluss der Augen in Folge phlyktänulärer Ophthalmie sind einzelne Fälle vollständiger, aber vorübergehender Erblindung bei Kindern beobachtet worden, die ebenfalls auf Ambl. ex anopsia (Leber) zurückgeführt wurden. Es ist jedoch

fraglich, ob hier nicht doch der dauernde mechanische Druck der Lider auf den Bulbus (Schirmer) oder etwa eine in Folge constitutioneller Störung eingetretene Affection der Hirnrinde des Hinterhauptlappens (Silex) die Erblindung verschuldet habe.

3) Skotome. Vorzugsweise kommen hier die centralen (respective peri- und paracentralen) Skotome in Betracht, welche in der Regel den Fixirpunkt und ein diesen umschliessendes oder sich ihm seitlich anschliessendes Queroval einnehmen. Letzteres pflegt seine Hauptausdehnung in der Richtung nach dem blinden Fleck hin zu haben. Eine weisse Kugel erscheint an dieser Stelle oft grau. Viele Kranke nehmen aber erst die Veränderung ihres centralen Sehens dadurch wahr, dass man sie mit kleinen Farbenplättchen am Perimeter prüft: roth wird, sobald es in das Gebiet des Skotoms kommt, alsdann als „dunkler", „blasser", „gelblich" angegeben; grün als „grauweiss", „gelblich", „matter" (siehe Fig. 60; es sind hier die Grenzen eingezeichnet, an denen die von der Peripherie her genäherten Farbenquadrate ihre Farbe verloren). Blau und Gelb werden in der Regel länger erkannt; aber es kann auch eine der oben erwähnten Farben noch ziemlich normal empfunden werden, während die andere schon deutliche Abweichungen zeigt. Beide Augen sind meist gleichzeitig befallen, wenn auch in verschiedenem Grade. Die Sehschärfe ist hierbei herabgesetzt; sie beträgt etwa $\frac{1}{3}$—$\frac{1}{10}$ der normalen, bisweilen noch weniger. Das periphere Gesichtsfeld ist frei, auch für Farbenempfindung. Eine Herabsetzung der Reizschwelle des Lichtsinns konnte ich in mehreren Fällen nicht constatiren, während sie sich bei durch centrale Retinitis bedingtem Skotom in ausgeprägter Weise fand. Die Entwickelung der Sehschwäche ist eine allmähliche. Die Papilla optica zeigt im Anfang eine leichte Hyperämie oder bleibt normal. Später stellt sich oft eine Blässe der macularen Hälfte heraus. Dieses eigentlich typische Skotom trifft fast nur Männer, gewöhnlich in den mittleren Lebensjahren. Vorzugsweise häufig ist ein Missbrauch von Alcoholicis oder Tabak (Förster, Hutchinson) oder auch die Combi-



60.
Gesichtsfeld des linken Auges mit centralem Skotom.

nation beider Schädlichkeiten die Ursache (vgl. Intoxicationsamblyopien). Aber auch bei multipler Sclerose, Diabetes, Syphilis, Bleiintoxication, Chininmissbrauch kommt gelegentlich ein centrales Skotom vor. Ebenso ohne speciell nachweisbares ätiologisches Moment. Es handelt sich gemeinhin um eine chronische retrobulbäre Neuritis.

Auch progressive Sehnervenatrophien können in seltenen Fällen mit einem centralen Skotom bei sonst freiem Gesichtsfelde anfangen, doch leiten hier öfter schwerere Störungen des Nervensystems auf die Diagnose. Auch fehlt in der Regel die Doppelseitigkeit; nach einiger Zeit treten periphere Einengungen hinzu. — Die Prognose der reinen Intoxicationsskotome ist im Ganzen eine gute; meist erfolgt bei entsprechender Behandlung nach einigen Wochen eine Verkleinerung des Skotoms (in dem übrigens fast ausnahmslos die Lichtperception erhalten bleibt) und eine erhebliche Besserung der Sehschärfe. Weniger günstig bezüglich der Heilung pflegt die Aussicht für die centralen Skotome zu sein, bei denen eine eigentliche Intoxication nicht nachweisbar ist. — Die Therapie hat bei der Amblyopia nicotiana et alcoholica vor Allem strengste Enthaltung von Tabak und Alcoholicis vorzuschreiben. Sehr angezeigt ist eine darauf gerichtete Beaufsichtigung, wie sie am ehesten im Hospital möglich ist, daneben ein allgemein roborirendes Regime. Bei ausgesprochenen Congestionszuständen können Heurteloup'sche Blutegel an die Schläfe gesetzt, Fussbäder, Ableitungen auf die Haut mit Nutzen angewandt werden. Später beschleunigen Jodkali und Strychnin-Injectionen die Heilung. Sind keine bestimmten ätiologischen Momente vorhanden, die eine Intoxication veranlassen konnten, so ist die directe Bekämpfung der anzunehmenden retrobulbären Neuritis entsprechenden Falles durch antiphlogistische Mittel, durch Quecksilber und später durch Jodkali anzuempfehlen.

4) Hemianopsie (*ἡμι, ἀ* privativum, *ὤψ*) (Hemiopie, Hemiablepsie) Halbsichtigkeit. Im Allgemeinen und vorzugsweise bezeichnen wir mit Hemianopsie den Ausfall einer Hälfte des Gesichtsfeldes auf beiden Augen (z. B. der rechten) und zwar dann, wenn er in Folge einer gemeinsamen, im Cranium gelegenen Affection des Sehapparates eintritt. Hingegen sollten nicht hierher gerechnet werden die Fälle, bei denen in Folge doppelseitiger, nicht von einer und derselben localen Schädlichkeit ausgehenden Erkrankung der Sehnerven (Neuritis, Atrophie) oder gar der Netzhaut ein ähnlich geformter Gesichtsfelddefect eintritt. Dieses Zusammenwerfen hat mancherlei Verwirrung bezüglich der Aetiologie hervorgerufen. Bisweilen handelt es sich nicht um das Fehlen der ganzen Hälfte des Gesichtsfeldes, sondern nur um Theile derselben (H. incompleta), die aber immer symmetrisch liegen. Die reine und typische Hemianopsie kann bedingt sein durch eine Affection

beider Optici an der Schädelbasis, des Chiasmas, der Tractus, der Centralorgane des Sehcentrums oder seiner Verbindung mit dem Tractus. Wir gehen hierbei von der Ansicht aus, dass jeder Tractus zu beiden Augen Fasern schickt, dass mit anderen Worten im Chiasma eine Semidecussation vorhanden ist (vgl. auch Anatomie des Sehnerven). Die Vertheilung der Nervenfasern findet demnach so statt, dass im rechten Auge der Opticus mit den Fasern des gleichseitigen Tractus die rechte Netzhauthälfte (von der Macula aus) versorgt, hingegen mit den Fasern

61.

Verlauf der Sehnervenfasern und Gesichtsfeld.

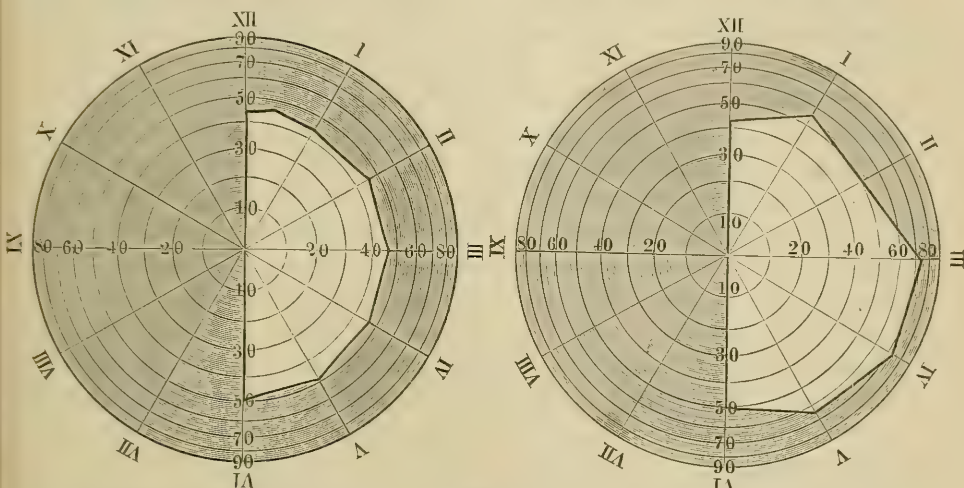
O. s. Oculus sinister. *O. d.* Oculus dexter. *F.* Fixationspunkt. 55° Gesichtsfeldausdehnung, nach der nasalen Seite, 90° nach der temporalen.

des linken Tractus die linke Seite der Netzhaut; analog ist es im linken Auge. Figur 61 versinnlicht die Theilung; die ausgezogenen Linien gehören dem linken, die unterbrochenen dem rechten Tractus an.

Wird beispielsweise der rechte Tractus leistungsunfähig, so verlieren die rechten Hälften beider Netzhäute ihr Sehvermögen: es entseht ein Ausfall des nach links gelegenen Gesichtsfeldes beider Augen (Hemianopsia sinistra). Die Halbsichtigkeit geht entweder gerade und vertical durch den Fixirpunkt (Figur 62) oder letzterer ist, was häufiger der Fall zu

sein scheint, noch umgeben von einer kleinen sehenden Zone, die 3 bis 5 Grad in das im Uebrigen ausfallende Gesichtsfeld sich erstreckt. Es erklärt sich dies daraus, dass die Macula von beiden Tract. optici gemeinschaftlich versorgt wird.

Wenn die Hemianopsie beider Augen nach einer und derselben Seite hin gerichtet ist, bezeichnet man sie als homonyme. Diese Form ist am häufigsten. Wenn jedoch das Chiasma selbst oder beide Optici, etwa durch eine basale Geschwulst, afficirt werden, treten auch andere Formen (heteronyme Hemianopsien) auf. Liegt z. B. eine Geschwulst in dem vorderen oder hinteren Winkel des Chiasmas (Saemisch u. A.) und comprimirt die benachbarten Nervenfasern, so werden an beiden



Gesichtsfeld des linken Auges. 62. Gesichtsfeld des rechten Auges.

Der Fixirpunkt entspricht dem Centrum des Gesichtsfeldes. Hemianopsia sinistra.

Augen diejenigen Fasern ihre Leitung verlieren, welche die innere Hälfte der Netzhaut versorgen: es tritt beiderseits ein Defect der äusseren Gesichtsfeldhälfte ein (Hemianopsia temporalis s. lateralis). In Folge von syphilitischen Processen an der Basis ist diese Form der Hemianopsie, zuweilen sogar zurückgehend und wieder auftretend, öfter beobachtet worden (Oppenheim, Siemerling, Uhthoff). Ebenso bei Akromegalie, wo Compression des Chiasma in Folge von Hypophysis-Hypertrophie Hemianopsia temporalis und Opticus-Atrophien hervorruft. Bei den Gesichtsfelddefecten, die beiderseits nach innen liegen (H. nasalis), müsste man eine doppelseitige Affection annehmen, die (nach obigem Schema) beide seitlichen Winkel des Chiasma oder beide äusseren Partien des Opticus träfe. Doch ist es fraglich, ob derartige Fälle vorkommen. In einem von Wegner und mir veröffentlichten Fall, den Man-

delstamm mit Unrecht als nasale Hemianopsie verwerthet, handelte es sich nur um die Folgen doppelseitiger Neuritis. Im Uebrigen kommen bei Sehnervenaffectionen gar nicht selten annähernd halbseitige und symmetrische Gesichtsfelddefecte vor. Diese sind aber nicht den eigentlichen Hemianopsien zuzurechnen. — Amblyopien und Amaurosen des einen Auges bei temporaler Hemianopsie des anderen Auges sind ebenfalls beobachtet worden und zwar in Fällen von Tumoren, Gummata oder Periostitis, die in einem lateralen Winkel ihren Sitz hatten. Durch ähnliche Ursachen können statt der Hemianopsie einseitige Amblyopien bei Amaurose des anderen Auges zu Stande kommen: ein Symptomencomplex, der ebenfalls bei Affectionen in dem hinteren Theile der Capsula interna gleichzeitig mit Hemiplegie und Hemianästhesie der dem Krankheitsherde entgegengesetzten Körperseite beobachtet wurde (Charcot).

Hemianopsien aus centraler Ursache, bei denen die Trennungslinie nicht vertical, sondern horizontal verläuft, sind ausserordentlich selten (Wiethe). Bei Amaurosis partialis fugax (siehe unten) werden allerdings solche Erscheinungen bisweilen angegeben, doch bedarf es noch einer genaueren Feststellung derselben; auch würde immerhin an die Möglichkeit eines rein retinalen Vorganges hier zu denken sein. Im Anschluss sei bemerkt, dass eine Art einseitiger Hemianopsie dann zu Stande kommen kann, wenn ein Opticus zur Hälfte in seiner Leitung gestört wird. So habe ich eine temporale Hemianopsie des rechten Auges gesehen bei einem Falle von rechtsseitigem pulsirenden Exophthalmus, wo ein Aneurysma der rechten Carot. intern. mit dem Sin. cavern. vorlag.

Die peripherische Ausdehnung des erhalten gebliebenen Gesichtsfeldes ist meist ziemlich normal; doch treten bisweilen im Laufe der Zeit Einschränkungen derselben auf. In einem Falle von rechtsseitiger Hemianopsie, den ich beobachtet, kam später auch eine linksseitige Hemianopsie hinzu, die volle Erblindung bewirkte; allmählich wurde der Fixirpunkt aber wieder frei (S $^{3}/_{5}$ =). Einige Zeit vor dem Tode verringerte sich die Sehschärfe von neuem. Neben leichter grauröthlicher Verfärbung des linken Thal. opt. und Abflachung des linken vorderen Hügels des Corp. quadrigem. fand sich ausgedehntes Durhämatom beider Convexitäten, ferner narbige Einziehung in der Gegend der linken hinteren Centralwindung und im rechten Hinterhautslappen mehrere Erweichungsherde. Neuerdings sind eine Reihe ähnlicher Fälle veröffentlicht worden. Das Erhaltenbleiben des centralen Sehens ist wohl auf eine besondere Widerstandsfähigkeit der macularen Fasern zu schieben. In einzelnen Fällen war eine Verminderung des Ortssinnes auffällig (Förster und Andere, neuerdings Laqueur).

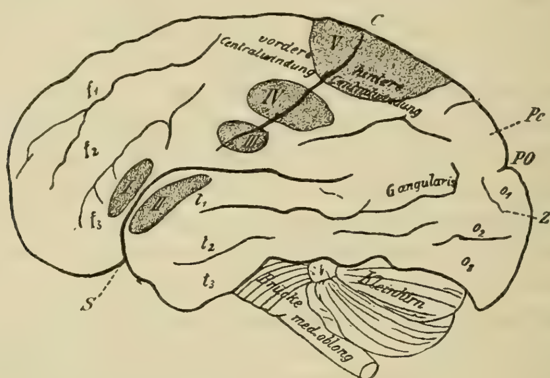
Der Farbensinn bleibt in der Regel erhalten; eine Ausnahme wurde von Quaglino mitgetheilt. Auch sind einige Fälle von Farbenhemianopsie beobachtet worden, wo Lichtsinn und Sehschärfe intact waren und nur die Farbenempfindung auf der lateralen Gesichtsfeldhälfte fehlte. Das centrale Sehen ist ebenfalls meist normal. — Die ophthalmoskopische Untersuchung zeigt im Beginn des Leidens nichts Krankhaftes. Später stellt sich oft eine leichte Verfärbung des macularen Theils der Papilla optica beider Augen heraus; bisweilen wird auch nur der Sehnerv atrophisch blass, welcher die im Chiasma sich kreuzenden Fasern empfängt. Es erklärt sich dies durch eine descendirende Atrophie, die selbst beim Befallensein des Rindencentrums, wie ich mikroskopisch nachgewiesen habe, eintreten kann.

Die Pupillenreaction auf Licht ist erhalten, bisweilen etwas träger. Von Bedeutung für die Diagnose des Sitzes ist die Feststellung, ob eine Beleuchtung der nichtsehenden Netzhauthälfte eine Pupillenreaction hervorruft oder ob dieselbe ausbleibt (Wernicke's hemianopische Pupillenstarre). In letzterem Falle wäre der Krankheitsherd peripher, vor dem Oculomotorius-Centrum, wie eben hervorgehoben. In der Regel handelt es sich übrigens nicht um ein Ausbleiben der Reaction, sondern nur um eine ausgeprägte Verringerung. Es liegt das daran, dass ein vollständiges Abhalten des Lichtes von den empfindenden Netzhautpartien, selbst wenn man mit dem Ophthalmoskop das concentrirte Flammenbildchen (in der Art, wie bei meiner ophthalmoskopischen Refractionsbestimmungsmethode) auf die zu untersuchende Partie der Netzhaut wirft, kaum möglich ist.

Die Kranken sind besonders in ihrer Orientirung gestört. Da wir von links nach rechts schreiben und lesen, so sind die Kranken mit rechtsseitiger Hemianopsie mehr bei diesen Beschäftigungen gehindert als die mit linksseitiger.

In einzelnen Fällen bilden sich die Hemianopsien zurück. Es trifft das besonders dann ein, wenn das Sehcentrum etwa durch einen unscheinbaren Bluterguss betroffen wurde und sonstige Lähmungserscheinungen fehlen. Hier ist auch öfter die Hemianopsie incomplet. In einem derartigen, später zur Heilung gekommenen Falle bei einer herzkranken Dame war ohne sonstige Störung plötzlich eine totale Blindheit, bei der nicht das in der Hand gehaltene Licht gesehen wurde, eingetreten (in Folge von Fernwirkung); nach ca. 10 Minuten sah sie wieder grössere Gegenstände und bald stellte sich normale Sehschärfe, aber mit incompleter, homonymer Hemianopsie ein. Als Ursachen kommen weiter in Betracht Tumoren, Periostitis, Embolien, Encephalitis, Durhämatom, Akromegalie, Traumen. — Der Sitz der Erkrankung ist abgesehen von Chiasma und Tractus vorzugsweise in den Corp. geniculata, Corp. quadrigemina, dem

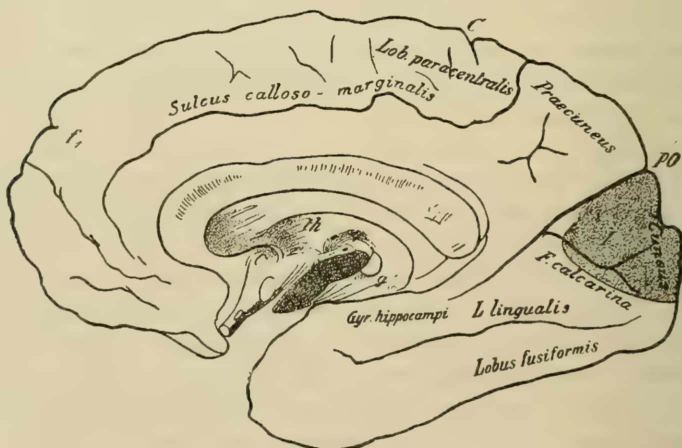
Thalamus, Pulvinar, den Gratiolet'schen Sehstrahlungen und der Rinde des Occipitallappens zu suchen.



63.

Aussenfläche der linken Gehirnhälfte.

f_1 erste Stirnwindung. t_1 erste Schläfenwindung. o_1 erste Occipitalwindung.
f_2 zweite Stirnwindung. t_2 zweite Schläfenwindung. o_2 zweite Occipitalwindung.
f_3 dritte Stirnwindung. t_3 dritte Schläfenwindung. o_3 dritte Occipitalwindung.
C Centralfurche (Fissura Rolando). *Z* Zwickel (Cuneus). *Pc* Praecuneus. *PO* Fissura parieto-occipitalis (F. occipitalis perpendicularis). *S* Fossa Sylvii. *I* Motorisches Sprachcentrum. *II* Sensorisches Sprachcentrum. *III* Facialiscentrum. *IV* Centrum für den Arm. *V* Centrum für das Bein der entgegengesetzten Seite.



64.

Innenfläche der rechten Gehirnhälfte.

C Centralfurche. *PO* Fissura parieto-occipitalis perpendicularis, davon horizontal verlaufend die Fissura parieto-occipitalis horizontalis s. F. calcarina s. F. Hippocampi. f_1 erste Stirnwindung. *th* Thalamus opticus. *o* Opticus. *q* Corpus quadrigeminum. *g* Corpus geniculatum laterale. *I* Sehcentrum.

Bezüglich der letzteren sind die Experimente Munk's von hoher Bedeutung gewesen. Er hat festgestellt, dass in der Rinde des Hinter-

hauptlappens der gleichseitige Tractus opticus seinen Ursprung hat (s. auch das Kapitel „Anatomie des Opticus"). Die Verletzung des Munk'schen Rindensehcentrums, das neuerdings speciell in die fissura calcarina an der Innenseite des Hinterhauptlappens verlegt wird, erzeugt Hemianopsie. Pathologisch-anatomische Befunde sowie klinische Beobachtungen stützen diese Anschauung.

Von dem Rindencentrum, welchem durch den betreffenden Tractus die symmetrisch lateral gelegenen Netzhauteindrücke beider Augen zugeführt werden, ist nach Munk noch besonders das eigentliche Sehcentrum abzugrenzen: er bezeichnet damit diejenige Stelle, an der die einfachen Gesichtswahrnehmungen zu Vorstellungen umgewandelt werden. Da letztere aus einer Reihe von Wahrnehmungen hervorgehen, die im Laufe der Zeit unter einander verknüpft und psychisch verarbeitet werden, so müssen mit Verlust des eigentlichen Sehcentrums auch diese Vorstellungen und Erfahrungen verloren gehen: es wird z. B. eine Peitsche zwar wahrgenommen werden, aber ihre Bedeutung und ihr Zweck nicht mehr zum Bewusstsein kommen. So entsteht „Seelenblindheit". Letztere pflegt nur bei der Affection beider Hinterhauptslappen einzutreten; sie ist öfter mit psychischen Störungen verknüpft (Fr. Müller). Ob sie aber in voller Reinheit überhaupt besteht, erscheint noch zweifelhaft. Im Allgemeinen pflegt man daher als Sehcentrum diejenige Stelle zu bezeichnen, wo die Netzhauteindrücke percipirt werden.

Als Begleiterscheinungen der Hemianopsie sind öfter Hemiplegien, und Hemianästhesien der der Hemianopsie gleichseitigen oder seltener der entgegengesetzten Körperhälfte vorhanden. Da die motorische Zone für die entgegengesetzte Körperhälfte in den beiden Centralwindungen liegt, so muss alsdann — wenigstens für die Mehrzahl der Fälle — eine grosse Ausbreitung der Läsion angenommen werden. Bei rechtsseitiger Hemianopsie wird auch Aphasie und Alexie beobachtet: bei ersterer ist an eine gleichseitige Störung in der dritten Stirnwindung der linken Hemisphäre (Broca'sche Zone) zu denken, wo das motorische Sprechcentrum (Aphasie) liegt; bei der Alexie (Wortblindheit) dürfte das nach hinten von der Fossa Sylvii in der ersten Schläfenwindung liegende sensorische Sprachcentrum (Wernicke) in Betracht kommen (cf. Fig. 63 u. 64). Sehr interessante Unterschiede kann man bei der Alexie beobachten, indem theils das Gedächtniss für die Buchstaben (literale Alexie), theils für das eigentliche Lesen (verbale Alexie) verloren geht.

Von Berlin ist auf eine besondere Störung im Lesen, der später auch Hemianopsie folgen kann, die Aufmerksamkeit gelenkt worden: sie besteht darin, dass die Kranken, nachdem sie ein paar Worte ge-

lesen, das Buch fortlegen, weil ein Unlustgefühl sie befällt (Dyslexie); es handelt sich hier nicht um eigentlich asthenopische Beschwerden oder etwa um eine Herabsetzung der Sehkraft. Bisweilen gehen Kopfschmerzen und Schwindel dem Leiden vorauf. Meist verschwindet dieses in einigen Wochen, aber die Hirnerkrankung, welche die Ursache ist, schreitet fort und führt gewöhnlich zu apoplectiformen Anfällen, Paraplegien u. s. w. mit Exitus letalis. Es findet sich alsdann eine linksseitige Cerebral-Affection mit Ergriffensein der dritten Stirnwindung.

Doppelseitige plötzliche Erblindungen können als Folge von Affectionen in der Rinde beider Occipitallappen (Oedeme bei Urämie, Blutungen) auftreten, ebenso durch Erkrankungen des Chiasma. Auch bei Embolie der Arteria basilaris mit Erweichungsherden in den Thalami optici und Vierhügeln wurden sie beobachtet. Sie können sich gleichfalls vorübergehend bei anderwärtiger centraler Behinderung als Fernwirkung einstellen. In den Optici und Tractus pflegen sich die Processe, abgesehen bei Verletzungen, erst allmählich zu entwickeln und zur Erblindung zu steigern. Einseitige extrabulbäre Erblindungen sind nur auf Opticuserkrankungen zu schieben, wenn es sich nicht um hysterische Processe handelt.

5) Anaesthesia retinae (Gesichtsfeld-Amblyopie). Besonders bei Kindern und Frauen kommt eine eigenthümliche, meist doppelseitige und ziemlich schnell sich entwickelnde Form von mässiger Schwachsichtigkeit mit ausgeprägter concentrischer Einengung des Gesichtsfeldes vor, die aber bei den verschiedenen Prüfungen sehr schwankende Grenzen zeigt; bisweilen mit Störungen des Licht- und Farbensinnes verknüpft. v. Graefe, der sie zuerst beschrieben, führt sie auf eine Anästhesie der Netzhaut zurück, indem er auf das Erhaltensein der Phosphene Gewicht legte; wahrscheinlicher aber handelt es sich um eine centrale, auf Constitutions- oder nervösen Anomalien beruhende Störung. Meist sind es anämische, öfter neurasthenische oder hysterische Individuen oder Reconvalescenten von schweren Krankheiten. Im Dämmerlicht pflegt das Sehen besser zu sein als bei heller Beleuchtung (Hyperästhesie), so dass unter blauen Brillen eine Steigerung des Sehvermögens eintritt. In einzelnen dieser Fälle gesellt sich ausgeprägte Asthenopie hinzu, die sich bisweilen mit Accommodations-Krampf oder -Parese verbindet. Selbst volle Erblindung kann sich einstellen, doch dürfte in diesen Fällen eine retrobulbäre Neuritis vorliegen.

Bei Hysterischen, die eine (meist aber ohne die geschilderten Erscheinungen der Anaesthesia retinae auftretende) einseitige Erblindung angeben, ist darauf zu achten, ob es sich nicht um eine einfache psychische Unterdrückung der bezüglichen Gesichtseindrücke handelt.

Stereoskopische Versuche, bei denen man sich scheinbar nur um das Sehen mit dem gesunden Auge kümmert, zeigen meist, dass das angeblich blinde Auge vollkommen gut sieht. Weiter ist concentrische Gesichtsfeldeinengung bei multipler Sclerose (Gnauck), Chorea (Horstmann), bei Hysterischen mit localen Anästhesien (ohne Sehschärfenherabsetzung) und vorübergehend nach epileptischen und hysterischen Anfällen beobachtet worden. Der Sehnerv zeigt in der Regel keine Veränderung.

Auch nach Traumen kommen ähnliche Erscheinungen vor. In neuerer Zeit spielt die concentrische Gesichtsfeldeinengung eine Rolle als „objectives Symptom" bei der traumatischen Hysterie (Oppenheim). Man hüte sich aber vor Täuschungen: nur wenn durch, in verschiedener Entfernung angestellte campimetrische oder sonstige Versuche (beispielsweise Erweiterung des äusseren Gesichtsfeldes durch mit der Basis nach Innen vor das Auge gelegte Prismen) die Uebereinstimmung der Angaben mit den physiologischen Gesetzen erwiesen ist, kann man dies Symptom als ein objectives verwerthen. Wenn hier aber Widersprüche hervortreten, so handelt es sich entweder um eine psychische Alteration oder um — was auch nicht selten ist — directe Simulation. Bei ausgedehnten Untersuchungen haben Frankl-Hochwart und Topolanski nur dann eine concentrische Gesichtsfeldeinengung constatiren können, wenn gleichzeitig halbseitige Hautanästhesie vorhanden war; — leider fehlen auch bei ihnen vergleichende campimetrische Messungen. Ebenso dürfte das oben erwähnte und bei traumatischen Neurosen beschriebene „Ermüdungs-Gesichtsfeld" nur in seltensten Fällen vorkommen, beziehentlich von Bedeutung sein. —

Die Prognose ist für die typischen Anästhesien im Ganzen günstig, wenngleich bisweilen erst nach Monaten oder Jahren Heilung eintritt. Die Therapie muss der Constitution entsprechend sein. Neben Eisen, Chinin u. dgl. hat v. Graefe als besonders empfehlenswerth die Zinkpräparate gelobt. Strychnininjectionen und der constante Strom sind ebenfalls mit Nutzen angewandt worden. Im Beginn der Kur ist anhaltender Aufenthalt in einem Dunkelzimmer anzurathen; später das Tragen dunkelblauer Schutzbrillen.

6) Nachtblindheit, Hemeralopie (*ἡμέρα* und *ὤψ*). Der Name bezeichnet, dass die Patienten „am Tage" sehen, d. h. dass sie in hellerem Lichte unverhältnissmässig besser als im Dunkeln oder Dämmerlicht sehen. Sie werden in der Dämmerung bisweilen so schwachsichtig, dass sie nicht mehr ungeführt gehen können. Alles erscheint ihnen wie in Nebel gehüllt, die Farben werden matter und leicht verwechselt. Bisweilen werden die Sterne am Himmel nicht mehr erkannt. Ausser-

dem bedürfen Hemeralopen einer längeren Zeit als Gesunde, um ihre Augen beim plötzlichen Uebergange aus dem Hellen ins Dunkle so weit zu gewöhnen, um darin einigermaassen zu sehen. Nach Treitel's Befunden würde es sich bei ihnen um eine Störung der Adaptation handeln, nicht um eine solche des Lichtsinnes: doch gilt dies meiner Beobachtung nach nur für einzelne Fälle: beide Mängel liessen sich übrigens als Folge eines Torpor retinae auffassen.

Nach Wilbrand, der im Dunkeln perimetrische Messungen (mit Leuchtfarbe) angestellt hat, zeigen Nervöse und Hysterische dabei eine länger bestehen bleibende Einengung des Gesichtsfelds als Gesunde. Er schiebt dies auf Minderwerthigkeit der Netzhaut und langsamere Wiederergänzung der Sehsubstanz.

Bei der idiopathischen Hemeralopie können wir eine chronische und acute Form unterscheiden. Erstere ist selten und meist angeboren; in manchen Familien kommt das Leiden erblich vor. Das acute Auftreten zeigt sich vorzugsweise in Epidemien, so unter Soldaten, Matrosen, in Waisen- und Arbeitshäusern. Adler fand eine massenhafte Erkrankung in der Wiener Taubstummenanstalt. Ganz ungewöhnlich ist es, wie in einem Falle von Magnus, dass nur ein Auge betroffen wird. Bei Tageslicht pflegt volle Sehschärfe bei freiem Gesichtsfelde vorhanden zu sein, in der Dunkelheit abnorme Herabsetzung der ersteren mit Gesichtsfelddefecten. Die Pupille ist im Dunkeln gewöhnlich weit und träge. An der Conjunctiva sclerae wird öfter Xerose mit Schuppenbildung beobachtet; ebenso das Auftreten gelblicher Flecken zu beiden Seiten des Hornhautrandes. Der Augenspiegelbefund ist meist normal, bisweilen fand sich Röthung der Papille und Trübung ihrer Umgebung. Als Ursache der Hemeralopie muss hier eine länger dauernde Ueberblendung bei gleichzeitig vorhandener allgemeiner Körperschwäche angeschuldigt werden. Ausserdem ist Nachtblindheit auch bei Schwangeren (Kubli, Ancke), bei Malaria (Rampoldi), bei Alkoholisten (Uhthoff) und öfter bei Icterus mit Gelbsehen und Xerose (Hirschberg, Manz) beobachtet worden.

Die acute Hemeralopie, in wenigen Tagen ihren Höhenpunkt erreichend, pflegt Wochen, selbst Monate lang zu bestehen. Unter entsprechender Behandlung jedoch heilt sie meist schnell und leicht, doch bleibt Neigung zu Recidiven. Hauptmittel ist Schutz der Augen gegen Licht, so, wenn möglich, zuerst Aufenthalt im dunkeln Zimmer. Nach einigen Tagen allmähliche Gewöhnung an Licht. Dabei gute Ernährung. Als specifisches Mittel ist Leberthran empfohlen worden; weiter hat man Eisen, Chinin, Strychnin und den constanten Strom angewendet.

Symptomatisch tritt Hemeralopie vorzugsweise bei Retinitis pigmentosa, ferner bei Chorio-Retinitis und Netzhaut-Ablösungen auf.

7) Tagblindheit, Nyctalopie (νύξ und ὤψ), bildet den Gegensatz zur Hemeralopie. Die Kranken sehen im Dunkeln und bei herabgesetzter Beleuchtung besser als im Hellen. Gegenüber der Photophobie, wo die Lichtscheu das hervorstechend belästigende Moment bildet, ist es hier die Sehstörung. Meist liegen materielle Veränderungen vor, so Albinismus, Mydriasis, Iris-Colobom, auch Affectionen der Netzhaut und des Sehnerven. Patienten, die an centralen Skotomen leiden, ebenso solche, welche progressive Sehnervenatrophien haben, geben öfter an, dass sie Abends besser sehen als bei Tage. Zur Erklärung dieses Symptoms ist vor Allem an den Einfluss der diffusen peripheren Netzhaut-Beleuchtung auf die Perception des macularen Bildes zu denken. Besonders bei Verringerung der centralen Sehschärfe kann das durch Sclera, Iris und Pupillenrand dringende helle Tageslicht schon ausreichen, um dieselbe noch weiter erheblich herabzusetzen, wie meine Versuche gezeigt haben. Andererseits kann eine wirkliche Hyperästhesie der Netzhaut bestehen. — Idiopathisch wird die Affection selten beobachtet: bisweilen nach stärkerer Blendung durch ausgedehnte Schneefelder, bei Personen, die jahrelang in dunkeln Kerkern gesessen haben, und epidemisch in gewissen Gegenden (Ramazzini). Von der oben erwähnten bei Anaesthesia retinae vorkommenden Hyperästhesie unterscheidet sich die reine Form der Nyctalopie durch das Fehlen concentrischer Gesichtsfeldeinengungen. Für die Behandlung sind besonders die causalen Momente zu berücksichtigen; dabei allmähliche Gewöhnung an helle Beleuchtung durch Tragen zweckmässig graduirter smoke oder blauer Gläser.

Bei der symptomatischen Tagblindheit empfehlen sich Peripherie-Schutzbrillen, die auch das seitliche Licht in möglichst vollkommener Weise abhalten. —

Wenn bisweilen nach Ueberblendung durch Schnee wirkliche Hemeralopie beobachtet wurde, so ist die eigentliche Schneeblindheit, bei welcher mit einer Conjunctivitis Umdunkelung des Sehens, Krampf des Sphincter iridis und heftige Schmerzen eintreten, die aber nach Aufhörung der Blendung bald wieder schwinden (Atropinisirung [Haab]), mit ihr doch nicht identisch. Sie ist Folge der reizenden Wirkung der ultravioletten Strahlen (Widmark). Aehnliche Erscheinungen treten zuweilen nach starker Einwirkung des electrischen Lichtes ein.

8) Asthenopia nervosa (Asthenopia retinae). Die Beschwerden mangelnder Ausdauer beim Arbeiten mit Verschwimmen und Dunkelwerden des Betrachteten kommen in Fällen vor, wo wir nicht selten nach Ausschluss oder Correction von Refractions- und Accommodationsanomalien, der Insufficienz der M. recti interni und Anderem nur noch nervöse Ursachen annehmen können. Gewöhnlich sind hier auch

Schmerzen in den Augen und im Kopfe vorhanden, die selbst fortbestehen, wenn die Arbeit unterlassen wird. Auch starke Empfindlichkeit gegen Licht findet sich öfter; bisweilen erscheinen die schwarzen Buchstaben roth. Es handelt sich theils um allgemeine Nervosität, bei der jegliche Anstrengung der Augenmusculatur empfindlich ist, theils um eine locale Hyperästhesie der Netzhaut.

Meist sind die Erkrankten anämische, nervöse, neurasthenische oder hysterische Personen. Förster hat eine besondere Kopiopia hysterica (Schmerzempfindungen verschiedenster Art, oft unabhängig von der Arbeit, Empfindlichkeit gegen Beleuchtungscontraste und häufiger Wechsel in den Beschwerden) beschrieben und stellt sie in Abhängigkeit von einer atrophirenden Parametritis (Freund). Doch dürfte letzterem Moment keine hervorragende ätiologische Bedeutung beizumessen sein. Bei den so sehr häufigen Befunden einer mehr oder weniger ausgeprägten Abweichung vom physiologischen Verhalten der Genitalorgane bei Frauen wird der Nachweis eines factischen Zusammenhanges derselben mit dem Augenleiden (— und es sind in letzter Zeit auch für andere Augenaffectionen die Genitalerkrankungen als ätiologisches Moment stark betont worden [Mooren] —) in der Mehrzahl der Fälle nicht überzeugend zu führen sein. Uebrigens kommen dieselben asthenopischen Beschwerden auch gelegentlich bei Männern vor.

Die Behandlung wird vorzugsweise eine Heilung oder Besserung der constitutionellen Anomalien erstreben müssen. Bei der Hartnäckigkeit, welche das Leiden oft zeigt, ist vollständiges Aufgeben aller Arbeit neben Aufenthalt auf dem Lande oder im Gebirge nicht selten nothwendig. Bei hysterischen Personen empfiehlt sich die Tinct. Valerianae mit Tinct. Castorei; auch Metallotherapie kann von Erfolg sein (Abadie). Oertlich wird das Tragen blauer, in Einzelfällen auch gelber Brillen zu versuchen sein, Massage und Augendouchen. Ich habe grossen Nutzen von der Anwendung des constanten Stromes (1 bis 2 Milliampères, eine Electrode im Nacken, die andere auf dem geschlossenen Auge, abwechselnder Strom, ca. 5 Minuten lang) gesehen: allerdings spielt eine grosse Rolle hier die Suggestion, welche der Arzt durch Eingehen auf die Persönlichkeit des Kranken während des Electrisirens ausüben kann. Gleichzeitig setzt man durch lange fortgesetzte Atropinisirung die Augen in einen vollkommenen Ruhezustand. Besonders achte man auch auf etwa gleichzeitig bestehende, wenn auch geringe entzündliche Processe am Auge (z. B. leichte Conjunctiviten, Conj. folliculosa, Blepharitis, periphere Chorioiditis) und behandele sie. Allmählich möge man dann die Wiederaufnahme der Arbeit gestatten. Hier kann eine methodische Uebung von Nutzen sein. Man lässt mit entsprechender Brille in einem Buche mit gutem Druck Leseübungen an-

stellen und zwar bei Vermeidung sonstiger Nahearbeit nur so lange, als keine Beschwerden eintreten. Von Tag zu Tag verlängert man die Uebung um einige Minuten. Sollten in der Zwischenzeit Schmerzen eintreten, so ist das ein Merkzeichen, die Uebungen wieder abzukürzen.

9) Amaurosis partialis fugax (Flimmerskotom, Teichopsie*). Das Flimmerskotom ist ein sehr häufig zur Beobachtung kommendes Leiden. Die Kranken klagen darüber, dass plötzlich eine partielle Verdunkelung in ihrem Gesichtsfelde eintritt, von der aus ein Flimmern, oft mit glänzenden zackigen Lichtstrahlen sich immer weiter ausbreitet, das schliesslich das ganze Gesichtsfeld verdecken kann. Ein scharfes Erkennen wird unmöglich. Nach einer Zeit (etwa nach 1/4 bis 1/2 Stunde) verschwindet das Phänomen wieder. Meist folgen Kopfschmerzen oder wenigstens ein gewisser Druck im Kopf. Bei Migränekranken leitet sich der Migräneanfall öfter in dieser Weise ein. Bisweilen geht das Flimmerskotom, das überhaupt sehr verschiedenartiges Auftreten (v. Reuss) zeigt, direct vom Fixationspunkte aus: es fehlen die fixirten Buchstaben und erst später wird das Gesichtsfeld befallen. In noch anderen Fällen ist und bleibt die Erscheinung ganz partiell; ich selbst habe es ein paar Mal nur etwa 5 Minuten dauernd in einem ganz kleinen Theil der äussersten unteren Peripherie des Gesichtsfeldes gehabt. Eine gewisse Unbequemlichkeit beim Sehen machte mich auf die Erscheinung aufmerksam. — In anderen Fällen ist das Skotom hemianopsisch. Bei einem meiner Patienten ist bald die rechte, bald die linke Gesichtsfeldhälfte befallen; der folgende Kopfschmerz hat stets in der entgegengesetzten Kopfhälfte oberhalb des Ohres seinen Sitz, dabei gleichzeitig Ausdehnung und Pulsiren der betreffenden Hautgefässe. Aber auch die obere oder untere Hälfte des Gesichtsfeldes kann ergriffen sein. Oefter fehlt bei diesen vorübergehenden Hemianopsien das Flimmern, es ist ein vollständiger Gesichtsfelddefect. Meist wird das einmal befallene Individuum in mehr oder weniger langen Zwischenräumen von neuem von der Erscheinung heimgesucht; bei Manchen besteht sie zeitlebens, doch pflegt sie im Alter an Häufigkeit und Intensität abzunehmen. Irgend welche Schädigung für den Sehapparat ist nicht zu befürchten. Mit dem Augenspiegel beobachtet man keine Veränderungen des Augenhintergrundes. Wie die Hemianopsien und das fast constante doppelseitige Auftreten zeigt, handelt es sich in der Regel um eine centrale nervöse Erscheinung. Wir finden sie daher häufig bei nervös angelegten Individuen, bei Leuten, die viel Kopfarbeit zu leisten haben; doch auch bei anderen Individuen kommt das

* Von τεῖχος Mauer und ὄψις das Sehen, weil die Ränder der flimmernden Stellen oft in Zickzacklinien, ähnlich Festungsmauern, verlaufen.

Flimmerskotom nicht allzu selten vor. Bisweilen sind bestimmt nachweisbare Veranlassungen vorhanden: so tritt es bei Einzelnen auf, wenn sie bei nüchternem Magen sich anstrengen, bei Anderen nach reichlicher Mahlzeit u. s. f. Ein directes Coupiren der Anfälle gelingt bisweilen: dahin wirkende Mittel sind individuell bald eine Tasse Kaffee, Thee, ein Glas Wein. Manz hat an sich selbst in einzelnen Anfällen, die demnach retinalen Ursprungs waren, durch einen starken Druck auf den Augapfel die Erscheinung zum Schwinden gebracht; einige Male habe ich ebenfalls davon Vortheil gesehen. Von Arzneimitteln empfehlen sich Antifebrin, Antipyrin oder sonstige Nervina neben Regelung der körperlichen und allgemeinen hygienischen Verhältnisse; bei Gesichtsblässe auch Inhalationen von Amylnitrit (Silex).

10) Reflectorische und traumatische Amblyopie. Ist ein Auge an Irido-Cyclitis erkrankt, so kann eine sympathische Neurose (Donders) des anderen Auges auftreten, die als Hyperästhesie der Netzhaut, Asthenopie, Flimmern, periodische Verdunkelung des centralen Sehens (Laqueur) oder auch als Amblyopie mit und ohne concentrischer Verengerung des Gesichtsfeldes (Mooren, Brecht) sich zeigt. Wenn man abrechnet, dass bei jeder heftigen einseitigen Augen-Entzündung das zweite Auge in gewissem Sinne mitleidet, von Licht mehr geblendet wird, andauerndes Arbeiten in der Nähe schmerzhaft ist, und wenn man ferner erwägt, dass bei den zuletzt genannten Zuständen auch Hysterie eine Rolle spielen kann, so halte ich eine wirklich sichere Diagnose des Zustandes, der als „sympathische Neurose“ beschrieben und von der oben erwähnten Mitleidenschaft des zweiten Auges bei jeder Entzündung als ein besonders der „sympathischen Ophthalmie“ (sieh das) vergleichbarer Zustand getrennt wird, für sehr schwierig: ich habe sie bis jetzt noch nicht stellen können. Dass eine Heilung durch Herausnahme des primär erkrankten Auges erfolgt, beweist eben nur für die vom anderen Auge ausgehende Reizung, hat aber nichts specifisches.

Reflectorisch wurden weiter Erblindungen beobachtet, die von den Zahnnerven (Wecker), vom N. supraorbitalis (Leber) und von Helminthiasis (Rampoldi) ausgingen. Vielleicht gehört hierher auch ein Theil der traumatischen Amblyopien, die in Fällen entstanden sind, wo nur die Umgebung des Auges von der Verletzung getroffen wurde: so durch dicht vorbeifliegende Geschosse, Stoss mit dem Oberkiefer gegen ein Eisen (Schweigger) u. s. w. Auch Amaurosen durch Blitzschlag sind beobachtet, die aber wieder zurückgingen. Auszuscheiden aus dieser Kategorie sind die nicht seltenen Fälle, wo directe Sehnervenverletzungen, etwa durch Knochensplitterung im Foramen opticum (Hölder-Berlin) oder orbitale Blutergüsse, die Schwachsichtigkeit herbeiführen, und ebenso

die vorübergehende, oft mit Accommodationskrampf verknüpfte Schwachsichtigkeit nach Contusio bulbi, die auf einer Affection der Netzhaut (Commotio retinae) (siehe unten) beruht. Selbst totale Erblindungen nach Contusionen können wieder schwinden: so in Schweigger's Fall eine bereits drei Tage lang bestandene volle Amaurose. Es stellte sich später leichte Sehnervenverfärbung ein.

11) Urämische Amaurosen. Es handelt sich meist um transitorische doppelseitige Erblindungen. Der Verlust des Sehvermögens ist nicht sogleich vollständig, sondern erreicht in ein bis zwei Tagen seine Höhe; in seltenen Fällen tritt sofort Amaurose ein. Bei genau beobachteten Fällen fehlte selbst die quantitative Lichtempfindung eine Zeit lang. Doch ist dieses Stadium nur sehr kurz; einige Stunden bis zu einem Tage. Zu dieser Zeit bestehen bisweilen grössere Gesichtsfelddefecte. Später geht die Zunahme der Sehschärfe schnell von statten, so dass nach 10 bis 18 Stunden kleinere Schrift gelesen werden kann. Der ganze Process (von voller Sehschärfe durch absolute Erblindung wiederum zu normaler Sehschärfe führend) spielt sich demnach in 3 bis 4 Tagen ab. Die Pupillenreaction ist fast durchgehends erhalten. Der Augenspiegel zeigt in der Regel keine pathologische Veränderung; einmal habe ich ein Oedem der Papille gesehen. Einen ausgeprägten ophthalmoskopischen Befund bieten die Fälle, bei denen sich zu einer bestehenden Retinitis albuminurica eine urämische Amaurose gesellt.

Urämische Amaurosen sind sowohl bei acuten als auch bei chronischen diffusen Nierenentzündungen beobachtet worden; besonders häufig nach Scharlach. Aber auch ein Theil der auf Bleiintoxicationen geschobenen schnell vorübergehenden Amaurosen, sowie der bei Eclampsia gravidarum vorkommenden gehören hierher. — Immer sind gewisse, wenn auch bisweilen unbedeutende Zeichen der Urämie vorhanden: Kopfschmerz, Uebelkeit und Erbrechen, Benommenheit des Sensoriums, Sopor, Convulsionen. Oedeme bestehen oder fehlen. Die Harnsecretion ist aufgehoben oder verringert.

Die Therapie wird gegen die Urämie zu richten sein; Blutentziehungen hinter den Ohren erschienen mir öfter von Nutzen. Eversbusch empfiehlt auch kleine Venaesectionen.

12) Intoxicationsamblyopie. Am häufigsten treten diese Amblyopien, in der Regel mit centralen Skotomen, nach Tabak- und Alkoholmissbrauch auf. So fand Uhthoff unter 1000 schweren Alkoholisten 69, welche daran litten. Die Kranken klagen meist über Nebligsehen: das Sehvermögen ist auf beiden Augen, wenn auch nicht immer gleichmässig geschwächt. Die Untersuchung ergiebt ein centrales Farbenskotom, das in der Regel ein Queroval (Groenouw) darstellt und sich bisweilen gegen den blinden Fleck hin etwas weiter ausdehnt

(s. S. 137). Für weiss besteht in der Regel kein Defect. Zu Beginn ist der ophthalmoskopische Befund meist negativ, später tritt eine weisse Verfärbung der macularen Papillenhälfte auf. Die Prognose ist bei Enthaltung von den ursächlichen Schädlichkeiten verhältnissmässig günstig, jedoch kommen, besonders bei Tabak-Intoxicationen, trotz Abstinenz progressive Processe vor. Jodkali innerlich und Strychnin-Injection werden zur Unterstützung der Kur mit Vortheil angewandt.

Zu sondern von dieser Form der Alkohol-Intoxication ist eine andere, bei der ohne centrale Skotome und ohne Gesichtsfelddefecte eine starke Amblyopie auftritt. Es handelt sich hier in der Regel um sehr starke Trinker mit allen sonstigen Zeichen des Alkoholmissbrauches. Bei Abstinenz, stärkendem Regime, Aufenthalt in einer Anstalt tritt oft eine überraschend schnelle Besserung ein, wenn eben noch nicht der Process zu lange bestanden und den Sehnerv zu sehr (durch interstitielle Neuritis retrobulbaris) geschädigt hat.

Die Amblyopien bei Diabetes gehen ähnlich wie die Intoxications-Amblyopien mit centralen Farbenskotomen einher, die, wie ich in einem Fall nachweisen konnte, Folge einer die macularen Fasern befallenden retrobulbären Neuritis sind.

Auch nach Blei- und Chinin-Vergiftungen beobachtet man Amblyopien. Die Bleiamblyopien zeigen zunehmende Schwachsichtigkeit, theils gleichmässig über das ganze Gesichtsfeld verbreitet oder mit centralem Skotome; die peripheren Farbengrenzen sind bisweilen eingeengt und der Lichtsinn herabgesetzt (Stood). Oefter besteht Hyperämie der Papille, selbst Neuritis; in der Netzhaut sind Apoplexien mit Gefäss-Alterationen gesehen worden. Die Therapie richtet sich gegen die Bleivergiftung. — Ueber Chininamaurosen, die nach grossen Chiningaben sich einstellen, liegen uns bereits zahlreiche Beobachtungen vor (Grüning, Knapp). Die eingetretene totale Blindheit schwindet meist nach Wochen oder Monaten; während die centrale Sehschärfe öfter wieder normal wird, bleibt das Gesichtsfeld verengt. Die Papilla optica ist blass und die Netzhautgefässe sind schmal. Die Therapie beschränkte sich auf horizontale Lage und Roborantien. Amylnitrit, Electricität waren wirkungslos; Strychnin könnte eher versucht werden (J. Roosa).

Nach grösseren Dosen von Salicylsäure (Riess), Filix mas, Carbolsäure, Nitrobenzol (Nieden) und Jodoform (Hirschberg), sowie in Folge der Einwirkung des Schwefel-Kohlenstoffs bei Arbeitern in Gutta-Percha-Fabriken (F. Becker) sind ebenfalls Sehstörungen beobachtet worden.

13) Amaurosen nach Blutverlust. Nach Blutbrechen, Darmblutungen, Hämoptoe, Menorrhagien u. s. w. entstehen bisweilen Seh-

störungen, die bald sofort, bald erst in den nächstfolgenden Tagen zur vollen Entwickelung kommen. Es handelt sich entweder um eine mässige Amblyopie, die sich wieder verringern kann, oder es kommt zur vollen Amaurose, die alsdann wenig Aussicht auf Heilung giebt. Auch centrale Skotome habe ich danach auftreten sehen. Meist sind die Erkrankungen doppelseitig, doch kommen sie auch einseitig vor. Frisch beobachtet ist in der Regel eine leichte Trübung der Sehnerven (Horstmann) zu sehen, bisweilen ausgesprochene Neuro-Retinitis (Hirschberg) — Befunde, die ich ebenfalls öfter constatiren konnte. Schliesslich wird die Papille blass. Ziegler fand bei der Section einer Kranken, die nach einer Magenblutung einige Wochen zuvor erblindet war, bereits Verfettung der Sehnervenfasern, die er als Folge localer Ischämie ansieht. In anderen Fällen, wo es sich um plötzliche, aber schnell vorübergehende Erblindungen handelt, dürfte es sich jedoch nicht um retrobulbäre Sehnerven-Affectionen, sondern um Oedeme der centralen Sehcentren handeln. Dafür spricht auch ein von mir beobachteter Fall, wo nach einer schweren Entbindung und erschöpfender Blutung die Patientin nicht mehr das Licht im Zimmer sah und zugleich bei vollem Bewusstsein das Gehör verlor. Nach einer Stunde sah und hörte sie wieder.

Die Therapie wird im Allgemeinen eine roborirende sein müssen. Handelt es sich um eine örtliche Neuritis, so kann, falls sonst keine Contraindicationen vorliegen, bei der grossen Gefahr voller Erblindung eine Quecksilberkur (Schmier- oder Injectionskur) versucht werden.

Simulation von Amblyopie und Amaurose.

Die Simulation von Schwachsichtigkeit oder einseitiger Amaurose ist nicht zu selten. Wir finden sie häufig bei Leuten, die sich dem Militärdienst entziehen* und bei solchen, welche Unfallrenten u. s. w.

* Deutsche Heerordnung vom 22. November 1888. § 7. Bedingte Tauglichkeit. 2. Geringe körperliche Fehler (im allgemeinen Ersatzreserve, jedoch ist die Aushebung zum activen Dienst keineswegs ausgeschlossen). Anlage 1h: Herabsetzung der Sehschärfe, so lange sie mehr als die Hälfte der normalen beträgt. 3. Bleibende körperliche Gebrechen (in der Regel Landsturm ersten Aufgebots und nur ausnahmsweise Ersatzreserve). Anlage 2a: Herabsetzung der Sehschärfe auf beiden Augen, wenn dieselbe nur die Hälfte oder weniger, aber mehr als $1/4$ der normalen beträgt. § 9. Untauglichkeit. 2. (Landsturm 1. Aufgebots und bei hochgradigem Vorhandensein der Gebrechen dauernde Untauglichkeit). Anlage 4a: 11. Blindheit auf einem Auge bei guter Gebrauchsfähigkeit des anderen. 3. (dauernde Untauglichkeit, ausnahmsweise Landsturm 1. Aufgebots). Anlage 4b: 19. Herabsetzung der Sehschärfe, wenn dieselbe auf dem besseren Auge $1/4$ der normalen oder weniger beträgt (hiernach sind auch die durch Nachtblindheit hervorgerufenen Sehstörungen zu beurtheilen, selbst wenn die Untersuchung einen

erschleichen wollen: aber auch bei Kindern habe ich sie öfter beobachtet, ohne dass immer ein bestimmter Grund für diesen Täuschungsversuch nachweisbar war.

Simulation vollständiger, doppelseitiger Erblindung ist weniger beliebt. Verdächtig wird hier immer sein, wenn die Pupillen auf Licht reagiren und kein ophthalmoskopischer Befund uns die Erblindung wahrscheinlich macht. Allerdings besteht auch bei wirklichen Amaurosen zuweilen die Pupillenreaction: bleibt aber die Erblindung längere Zeit (etwa über einen Monat) stationär, so hört in der Regel die Reaction auf: ebenso stellt sich meist eine Verfärbung der Papilla optica heraus. Auch das Benehmen der Simulanten, das genau und ohne ihr Wissen beobachtet werden muss, ist oft verdächtig. Bei der Untersuchung kneifen sie gern die Augen zu und zeigen Lichtscheu, was wirklich Amaurotische kaum thun. Eine einfache Methode, mit der Simulanten öfter gefangen werden, wende ich in der Weise an, dass ich ihnen ihren eigenen Finger nach verschiedenen Richtungen hin vorhalte und sie auffordere, den Finger anzusehen. Wirklich Blinde richten ihre Augen darauf oder geben sich wenigstens Mühe, den Augen die entsprechende Richtung zu geben, da sie ja durch ihr Allgemeingefühl über die Lage ihrer Hand und ihrer Finger unterrichtet sind. Bei länger Erblindeten muss man den Finger etwas fest drücken, um sie über die Lage genau zu orientiren, auch energisch die Aufforderung zur Einstellung an sie richten: mit diesen Vorsichtsmaassregeln wird man, falls nicht etwa schon Störungen in den Augenbewegungen selbst eingetreten sind, fast ausnahmslos die Augen eine wenigstens annähernde Einstellung ausführen sehen. Anders bei den Simulanten. Diese meinen durch die Einstellung auf ihren Finger auch ihr Sehvermögen darzuthun, halten die Aufforderung für eine ihnen gestellte Falle und drehen nun die Augen absichtlich nach ganz entgegengesetzten Richtungen. Wenn der Versuch auch nicht absolut beweisend ist, so gewinnt doch zutreffenden Falles der Verdacht ausserordentlich an Grund. —

Auch der Welz'sche Prismenversuch lässt sich hier wie bei Simulation einseitiger Erblindung anwenden. Man legt vor ein Auge, während beide geöffnet sind, ein Prisma von 10 bis 12 Grad mit der Basis nach Aussen. Bei Fixation eines Gegenstandes tritt zur Vermeidung der Doppelbilder unwillkürlich Schielen nach Innen unter dem ablenkenden

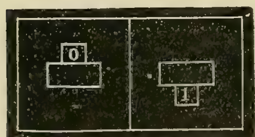
höheren Grad von Sehschärfe ergiebt). 20. Blindheit auf beiden Augen oder auf einem Auge bei beschränkter Gebrauchsfähigkeit des andern. — In Oesterreich ist vollkommen diénstfähig, wer auf beiden Augen mindestens S $1/2$ (nach Correction etwaiger Ametropie) hat. Wer S $1/2$ auf dem besseren, mindestens S $1/4$ auf dem schlechteren Auge hat, kommt zur Ersatzreserve. Geringere Sehschärfe macht untauglich.

Prisma ein. Es ist natürlich das Vorhandensein eines binocularen Sehactes hier vorausgesetzt. —

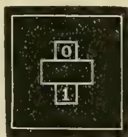
Auch bei der Simulation einseitiger Erblindung ist es verdächtig, wenn bei Verschluss des sehenden Auges die Pupille auf Licht reagirt. Direct lässt sich die Lichtempfindung in folgender Weise feststellen. Man wirft im fast dunklen Ophthalmoskopir-Zimmer, während der Untersuchte etwas nach oben blickt, mit dem Augenspiegel Licht in das sehende Auge und lässt jedesmal angeben, wenn die Helligkeit bemerkt wird. Dann wirft man dazwischen auch einmal Licht in das andere blinde Auge: hierbei wird entsprechenden Falles ebenfalls das Hellerwerden angegeben, da der Untersuchte nicht weiss, in welches Auge das Licht fällt. — Sonst spielen auch hier die Prismenversuche eine Rolle. Man beschäftigt sich beispielsweise nur mit dem sehenden Auge, während das angeblich blinde jedoch offen bleibt, und lässt nach einem Licht blicken. Legt man nun vor das sehende Auge ein Prisma, Basis nach unten oder oben, indem man sagt, jetzt würden Doppelbilder auftreten, so gehen in der That die Simulanten bisweilen hierauf ein und geben die übereinander stehenden Doppelbilder an, womit dann erwiesen ist, dass auch das angeblich blinde Auge sieht (A. v. Graefe). Man schliesse aber aus, dass nicht etwa Reflexe an dem Rande des vorgehaltenen Prismas ein monoculares Doppelsehen bewirken. — Feiner, aber in seiner Ausführung etwas schwieriger zu controliren, ist der Versuch von Alfr. Graefe. Während das angeblich blinde Auge mit der Hand bedeckt wird, legt man vor das sehende und ein Licht fixirende Auge ein Prisma (Basis nach unten) in der Weise, dass die Kante horizontal quer durch die Mitte der Pupille geht, der obere Theil der Pupille also frei bleibt. Es entsteht jetzt monoculares Doppelsehen, durch die obere Hälfte der Pupille gehen die Lichtstrahlen ungebrochen, während die durch die untere Hälfte gehenden nach der Basis des Prismas hin abgelenkt werden. Die Doppelbilder stehen übereinander. Nachdem sich so der Simulant überzeugt hat, dass er mit einem Auge doppelt sieht, nimmt man die Hand von dem angeblich blinden Auge und schiebt gleichzeitig hiermit, und dem Kranken unmerkbar, das Prisma so in die Höhe, dass jetzt die ganze Pupille des sehenden Auges bedeckt wird. Fragt man nun, wie viel Bilder vorhanden seien, so wird der Simulant zwei angeben, da er meint, dieselben mit dem sehenden Auge wahrzunehmen. Durch Verschiebung des Prismas über die ganze Pupille ist aber hier die Ablenkung gleichmässig nach unten eingetreten und das zweite Bild kann nur von dem angeblich blinden Auge herrühren.

Das Stereoskop ist viel benutzt worden, besonders mit den Modificationen der Vorlagen, wie sie von Rabl-Rückhard angegeben und

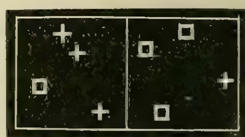
in den Burchardt'schen Proben* ausgeführt sind. Es ist hier die bei normalem Sehen unwillkürlich auftretende Verschmelzung der beiden Hälften der Vorlegeblätter zu einem Sammelbild, welches die Simulanten entlarvt. Haben wir beispielsweise Vorlegeblatt Figur 65, so wird dasselbe stereoskopisch die Sammel-Figur 66 zeigen; giebt Patient dieselbe richtig an, so ist damit seine Simulation entdeckt. Man kann auch auf diese Weise eine gewisse Anschauung über den Grad der Sehschärfe des angeblich blinden Auges gewinnen. Aber störend ist, dass nicht wenige Individuen im Beginn, ohne dass es zu einer Verschmelzung kommt, die Hälften des Vorlegeblattes einzeln sehen und sich orientiren. Weiter können manche Personen, besonders solche, bei denen Anisometropie oder Schwachsichtigkeit eines Auges besteht, überhaupt nicht stereoskopisch sehen; wohl aber erhalten sie mit Prismen noch Doppelbilder. Aus diesem Grunde habe ich ein Verfahren benutzt, bei dem



65.



66.


67.

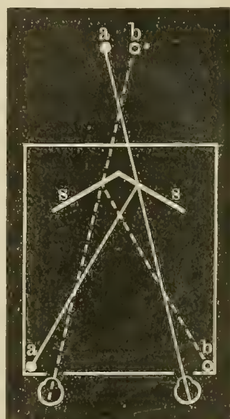
vom eigentlichen stereoskopischen Sehen ganz abstrahirt wird und nur die Verschiebung der Bilder, wie sie die im Stereoskop befindlichen, mit der Basis beiderseits temporalwärts gerichteten Prismen bewirken, als ausschlagend in Betracht kommt. Stellt man sich ein Vorlegeblatt Figur 67 her, so werden bei Betrachtung im Stereoskop das Quadrat und Kreuz der obersten Reihen durch die Prismenwirkung überkreuzt werden, d. h. das Kreuz erscheint links von dem Quadrat; hingegen wird in der dritten Reihe die Prismenbrechung nicht stark genug sein zur Ueberkreuzung, sondern nur Kreuz und Quadrat der Mittellinie etwas nähern u. s. f. Es entsteht bei ähnlichen Vorlagen, deren Zeichen natürlich noch gemehrt werden können, ein solches Durcheinander, dass der Simulant, wenn er die von ihm gesehenen Figuren von oben nach unten nennen soll, vollkommen unklar ist, welche von seinem rechten oder linken Auge gesehen werden und so Figuren nennt, die dem angeblich blinden Auge gegenüber liegen. Ist letzteres factisch etwas schwachsichtig, so könnte durch die grössere Undeutlichkeit der mit diesem Auge gesehenen Figuren ein Anhalt gewonnen werden; man kann dem entgegenwirken, wenn man die Figuren der betreffenden

* Praktische Diagnostik der Simulationen von Gefühlslähmung, Schwerhörigkeit und von Schwachsichtigkeit. Berlin.

Vorlageseite etwas kräftiger und grösser zeichnet als die dem gesunden Auge vorliegenden. Auch mit diesem Versuch lässt sich durch verschiedene Grösse der Figuren, die man leicht und schnell herstellen kann, die Sehschärfe beurtheilen.

Sehr empfehlenswerth ist für diese Experimente das sogenannte amerikanische Stereoskop; hier kann man die Vorlegeblätter entsprechend der Accommodation und Refraction des Untersuchten nähern oder entfernen (die stereoskopischen Prismen sind immer gleichzeitig convex geschliffen) und auch beobachten, dass der Untersuchte nicht etwa das angeblich blinde Auge zukneift.

In ähnlicher Weise wie die Prismen-Stereoskope, die überall leicht zu haben sind, wirkt der Flées'sche Apparat. Derselbe besteht aus einem mit Milchglas gedeckten Kasten, in welchem den beiden Oeffnungen für die Augen (Figur 68) gegenüber sich zwei unter einem Winkel von 120 Grad gegeneinander gestellte Spiegel (s s) befinden. Durch dieselben werden Strahlen, welche von zwei Gegenständen (a, b) ausgehen, die neben den Augenöffnungen im Kasten sich befinden, derartig reflectirt, dass die von dem links liegenden Gegenstande ausgehenden in das rechte Auge fallen, aber nach links projicirt werden; mit dem rechts gelegenen Gegenstand geschieht es umgekehrt. Der Simulant meint natürlich mit dem rechten Auge das rechts erscheinende Bild zu sehen, mit dem linken das links erscheinende und kommt so zu falschen Angaben. —



68.

Ravà stellt an die Rückwand eines Kastens eine rothe Fläche und schiebt nun vor die eine oder andere Ocularöffnung ein grünes Glas. Die angegebenen Farben lassen das Auge, mit dem gesehen wird, erkennen.

Snellen benutzt Tafeln, die mit farbigen Buchstaben bedruckt sind, z. B. die grossen Stilling'schen Farbentafeln. Sieht man diese Buchstaben durch ein andersfarbiges Glas an, z. B. die rothen mit einem grünen Glase (doch muss immer von dem Untersucher das Glas vorher darauf geprüft worden sein), so werden sie unsichtbar. Man hält nunmehr das betreffende Glas vor das sehende Auge des Untersuchten; liest derselbe trotzdem die Buchstaben, so sieht er mit dem angeblich blinden Auge. Aehnlich ist das Verfahren, vor das sehende Auge ein starkes Concav- oder Convexglas zu legen, welches derartig die Strahlen zerstreut, dass keine erkennbaren Bilder auf der Netzhaut entstehen. Doch werden einigermaassen unterrichtete Simulanten sich hierdurch nicht leicht überführen lassen. Besser ist folgendes Verfahren: Man legt vor das sehende Auge ein starkes Convexglas (+ 6 D.) und lässt nun, indem man Leseproben entsprechend nahe an das Gesicht hält, bei Offensein beider Augen

lesen; allmählich geht man mit der Probe weiter ab. Sollte der Simulant dann noch viel weiter als $^1/_6$ Meter (Fernpunkt des emmetropischen Auges mit + 6·0) lesen, so kann dies nur mit dem angeblich blinden Auge, dem kein Convexglas vorgesetzt ist, geschehen. Ein anderes Manöver führt man so aus, dass man ein Lineal oder Aehnliches an die Nasenwurzel zwischen beide Augen hält und lesen lässt. Ist das Lineal entsprechend breit und geht bis nahe an den Druck, so ist das linke Auge gehindert, den rechts von der Schneidefläche gelegenen Theil der Zeile zu lesen und umgekehrt, während bei binocularem Sehen die ganze Zeile gelesen wird. — —

Durch Anwendung der einen oder anderen dieser Methoden wird man wohl jeden Simulanten einseitiger Blindheit entlarven können.

Sehr viel schwieriger ist es, wenn nur Schwachsichtigkeit simulirt oder eine bestehende Schwachsichtigkeit übertrieben wird (Aggravation). Hier ist fürs Erste eine genaue objective Untersuchung des Auges unerlässlich. Ueber Refractionsanomalien und Astigmatismus wird man durch die Augenspiegeluntersuchung bald ins Klare kommen. Besonders achte man auch auf leichte Hornhauttrübungen oder etwaige Schielablenkung eines Auges: beides würde einen Grund für das wirkliche Vorhandensein der Amblyopie geben.

Ueber den Grad derselben wird man sich durch Prüfung der Sehschärfe auf verschieden grosse Entfernungen und auch selbst für die Nähe, eventuell mit Brillen, zu unterrichten suchen. Eine gewisse Uebereinstimmung muss hier vorhanden sein, besonders wenn die Sehschärfe verhältnissmässig gut ist. Bei ausgeprägter Amblyopie kommen allerdings grössere Unterschiede vor; wird beispielsweise für eine bestimmte Entfernung $S = {}^1/_{12}$, für eine andere $S = {}^1/_{20}$ (natürlich trotz entsprechender Brillencorrection) angegeben, so ist diese Differenz nicht immer ausreichend, absichtliche Simulation anzunehmen. Unregelmässiger Astigmatismus, Verschiedenheit der benutzten Probebuchstaben und Anderes können die nicht übereinstimmenden Angaben veranlassen: sie finden sich auch bei Leuten, bei denen von Simulationsversuchen gar nicht die Rede ist.

Man wird daher gut thun, sich überhaupt erst von der Glaubwürdigkeit des zu Prüfenden zu überzeugen. Zu dem Zwecke habe ich auch die Prüfung des Gesichtsfeldes mit Vortheil benutzt. Stellt man sich den zu Untersuchenden in $^1/_3$ m gegenüber und prüft mit der Hand das Gesichtsfeld, so hat dasselbe eine kleinere Ausdehnung, als wenn man in einer grösseren Entfernung (etwa 1 m) die Prüfung vornimmt. Bei Simulanten habe ich öfter gefunden, dass sie — neben einer sehr unwahrscheinlichen Einengung — auch für die grössere Entfernung gerade dieselbe Gesichtsfeldausdehnung, oder wohl noch eine geringere

angaben wie für die kleinere; hiermit war die absichtliche Unwahrheit ihrer Aussagen erwiesen. Auch die mit kleineren Sehobjecten ausgeführte campimetrische Methode in verschiedenen Entfernungen ist besonders werthvoll. Sie sollte immer benutzt werden, wenn bei concentrischen Gesichtsfeldeinengungen Verdacht der Simulation vorhanden ist (siehe das über traumatische Neurose Gesagte).

Hat sich ein bestimmter Grad von Sehschwäche eines Auges bei den Prüfungen ergeben, so kann man noch mit dem Stereoskop in der Weise eine Probe vornehmen, dass man dem schwachsichtigen Auge kleinere Sehproben, als sie seiner angeblichen Sehschärfe entsprechen würden, vorlegt und beobachtet, ob es dieselben vielleicht doch sieht. Zu berücksichtigen ist hierbei aber, dass die Convexprismen der Stereoskope etwas vergrössern, also geringe Differenzen in den Angaben nicht in Betracht gezogen werden dürfen.

Binoculares und körperliches Sehen.

Das körperliche Sehen, welches in dem Erkennen der Tiefendimensionen beruht, also in dem Vermögen wahrzunehmen, ob ein Punkt ferner als der andere liegt, ist durchaus nicht dem binocularen Sehen gleichzusetzen. Die Hervorhebung dieses nicht überall genügend betonten Unterschieds ist von Wichtigkeit. Auch der Einäugige sieht, aber nicht so vollkommen als der Doppeläugige, körperlich. Es fällt dem Einäugigen, der längere Zeit oder zeitlebens nur mit einem Auge gesehen hat, gar nicht ein, etwa eine weisse Kugel mit einer ebenso grossen weissen Kreisfläche zu verwechseln. Andererseits hat nicht Jeder, der die Scheindrücke beider Augen gleichzeitig empfindet, also binocular sieht, ein vollkommenes körperliches Sehen.

Das körperliche Sehen ist Sache der Erfahrung und wird erlernt. Trotzdem das Kind mit beiden Augen sieht, muss es erst mittels des Tastgefühls eine kreisförmige Fläche von einer Kugel unterscheiden lernen. Bei Personen, die mit Star geboren waren und erst später operirt wurden, hat man dieses Lernen des körperlichen Sehens genau verfolgen können. Ich habe sogar einen 3 ¼ jährigen Knaben an erworbenem Star operirt, der ein Jahr vorher noch gut gesehen, aber in dieser kurzen Zeit das körperliche Sehen bereits verlernt hatte. So konnte er anfangs nach wiedererlangter Sehkraft die Distanzen nicht schätzen, griff meist weit über die ihm vorgehaltenen Objecte hinaus. Ein Ei konnte er von einer ebenso grossen weissen Papierscheibe nicht unterscheiden, was ihm beim Betasten sofort gelang. Er musste alle Gegenstände von Neuem wieder kennen lernen. Nur eine Katze und ein Kalb erkannte er wieder, ohne dass ihm nach wiedererlangter Sehkraft und Uebung die Thiere von Neuem gezeigt worden waren.

Es giebt grössere und geringere Grade der Vollkommenheit im binocularen wie im körperlichen Sehen. Um binoculares Sehen zu erweisen, legt man ein Prisma mit der Basis nach unten oder oben vor ein Auge, während das andere frei und offen bleibt: es müssen dann übereinander stehende Doppelbilder zu Tage treten. Auch stereoskopische Prüfungen können benutzt werden. Hierbei stellt sich besonders bei Schielenden oder nach Schieloperationen oft heraus, dass zwar die beiden Hälften der Vorlage (z. B. bei Verwendung von Oblaten, von denen die mittlere Oblate auf beiden Hälften roth ist, während die eine Hälfte eine blaue darüber, die andere Hälfte eine grüne darunter zeigt, oder der Rabl-Burchardt'schen Proben) gesehen werden, aber nebeneinander und ohne dass eine körperliche Verschmelzung zu ermöglichen wäre. Man bezeichnet dies als binoculares Doppeltsehen. Ist die Verschmelzung der congruenten gleichartigen Oblaten oder Figuren im Stereoskop möglich, so besteht binoculares Einfachsehen. Der Vorgang der Verschmelzung zweier Bilder zu einem Sammelbild ist aus Figur 69 ersichtlich. Die von a und a auf identische Netzhautpartien (hier auf die Macula lutea) fallenden Lichtstrahlen werden als von A kommend aufgefasst. Die kleinen, mit der Basis nach aussen gestellten Prismen, welche sich vor beiden Ocularen des Stereoskops befinden, ermöglichen, dass beide Augen die für das Sehen in der Nähe gewohnte Convergenz beibehalten können.

69.

Die Verschmelzung zweier stereoskopischer Bilder in eines ist aber noch nicht gleichbedeutend mit dem, was wir als stereoskopisches Körperlichsehen bezeichnen können, wo man statt der Bilder wirkliche Körper wahrnimmt: besonders nach Schieloperationen constatirt man öfter, dass mit dem Stereoskop anfangs zwar einfach, aber nicht körperlich gesehen werden kann. Auch im stereoskopischen Körpersehen zeigen sich verschiedene Stufen; beispielsweise sieht Jemand im Stereoskop leichtere Vorlagen körperlich, schwerere nicht; den höchsten Grad des stereoskopischen Körperlichsehens erfordern die Vorlagen mit geometrischen Figuren.

Aber selbst, wer letzteres leistet, ist noch nicht immer im Stande, im Raume feinere Schätzungen der Tiefendimension vorzunehmen. Ich benutze zu dieser Prüfung eine Art doppelgerieften Lineals, auf der zwei Nadeln verschoben werden können: die eine wird beim Versuch näher, die andere etwas weiter gestellt. Während der vollkommen Normalsehende kleinste Entfernungsdifferenzen wahrnimmt, erkennt der weinger gut sehende erst welche von 1—2 cm.

Die höchsten Anforderungen an freies körperliches Sehen stellt der Hering'sche Fallversuch, indem hier eine ausserordentlich schnelle Tiefenwahrnehmung erforderlich ist, bei der manche Hilfsmittel für das körperliche Sehen, die zu ihrer Benutzung eine gewisse Zeit erfordern, nicht zur Geltung kommen können. Man sieht hierbei mit beiden Augen durch eine kurze (Papp-)Röhre, vor deren anderem Ende in einiger Entfernung zwischen zwei Drähten ein Faden von oben nach unten gespannt ist. In der Mitte dieses Fadens ist eine weisse Perle befestigt. Diese wird mit beiden Augen fixirt. Der Untersuchende lässt nun bald vor, bald hinter dieser Perle andere herabfallen, natürlich so, dass die fixirte und die fallende Perle sich nicht decken. Nur bei ausgebildetem binocularen und körperlichen Sehen kann durchschnittlich sicher angegeben werden, ob die fallende Perle vor oder hinter der fixirten vorbeifällt. Jedoch erfolgen auch hier noch — wenn der Abstand zwischen der fixirten und der fallenden Perle nicht zu gross ist — in einem gewissen Procentsatz 4%—18% irrthümliche Angaben, sobald es sich um Personen handelt, die keine besondere Uebung in optischen Untersuchungen haben.

Zum körperlichen Sehen, das vorzugsweise als psychischer Act sich darstellt, sind wir durch mancherlei Einrichtungen unseres Sehorganes befähigt. Von höchster Bedeutung für ein schnelles und exactes Erkennen der Tiefendimension ist es, dass wir für beide Augen verschiedene Bilder von den Objecten erhalten. Jedes Auge sieht den Körper von einer anderen Stelle im Raum: dabei erscheint dem Einzelauge der ferner gelegene Punkt des Körpers nach seiner — des betrachtenden Auges — Seite herübergerückt. Hiervon kann man sich leicht überzeugen, wenn man ein längeres Lineal mit seitwärts gekehrten Flächen gegen die Nasenwurzel setzt und in gerader Richtung nach vorn hält. Betrachtet man dasselbe einäugig, indem man abwechselnd das rechte und linke Auge schliesst, so bekommt man deutlich den Eindruck, dass das entferntere Ende des Lineals beim Sehen mit dem rechten Auge nach rechts hinüberrückt, dagegen beim Sehen mit dem linken Auge nach links. Diese Verschiedenheit der beim doppeläugigen Sehen im Geiste zu einer Wahrnehmung verschmolzenen Bilder giebt eine ausserordentlich scharfe momentane Empfindung der Distanceverschiedenheit zweier Punkte und damit des Körperlichen.

Darauf beruht auch das scheinbar körperliche Sehen mittels des Stereoskops. Stellt sich beispielsweise das Bild einer durchsichtigen Glaspyramide, deren Spitze dem Betrachtenden zugekehrt ist, dem linken Auge als Netzhautbild dar mit nach rechts abweichender Spitze, so wird für das rechte Auge die Spitze — also das Näherliegende — nach links gekehrt sein. Die binoculare Verschmelzung beider Bilder giebt

dem im körperlichen Sehen Geübten den Eindruck einer körperlichen Glaspyramide.

Von dieser Verschiedenheit der Bilder abgesehen, fällt bei Abschätzung der Entfernung eines (näher gelegenen) Punktes a und eines (ferner gelegenen) Punktes b weiter ins Gewicht, dass bei binocularer Fixation des Punktes b die von a kommenden Strahlen, falls Punkt a noch innerhalb des durch die Blicklinien beider Augen gebildeten Winkels liegt, im linken Auge auf die temporale Netzhauthälfte fallen, also nasalwärts projicirt werden; ähnlich verhält es sich mit dem rechten Auge. Der näher gelegene Punkt a erscheint daher doppelt und zwar so, dass das Bild des rechten Auges links und das des linken rechts steht (gekreuzte Doppelbilder). Anders würden die Doppelbilder von b erscheinen, wenn a fixirt würde: das Bild von b im rechten Auge würde, da es auf die nasale Hälfte fiele, nach rechts projicirt und vom linken Auge aus gleichem Grunde nach links (gleichnamige Doppelbilder). Dieses verschiedene Verhalten der Doppelbilder hat ebenfalls Einfluss auf unsere Tiefenwahrnehmung.

Von geringerer Bedeutung, nur bei starken Differenzen in der Tiefendimension in Betracht kommend, ist der Umstand, dass ein näher gelegener Punkt eine stärkere Accommodation und eine stärkere Convergenz der Sehachsen erfordert, als ein ferner gelegener Punkt. Auch die Veränderungen des Bildes bei Kopfverschiebungen, die Schatten der Körper und manche Erfahrungen unterstützen unser körperliches Sehen. Diese Hilfsmittel stehen dem Einäugigen ebenso gut zu Gebote, als dem binocular Sehenden.

Auch Täuschungen sind beide unterworfen, wenngleich der Einäugige mehr als der binocular Sehende. Sehr plastisch gemalte Objecte können uns als Körper imponiren; Photographien, die wir durch eine Lupe etwas vergrössern, machen uns auch bei einäugiger Betrachtung den Eindruck des Körperlichen. In den jetzt vielfältig gezeigten Panoramen, wo dicht vor dem Beschauer körperliche Gegenstände sich befinden, denen erst weiterhin das Gemalte sich anschliesst, wird die Täuschung noch dadurch unterstützt, dass wir aus dem Vorhandensein der Körper in unserer Nähe schliessen, dass das Gemalte ebenfalls körperlich sei, — entsprechend unserer gewöhnlichen Erfahrung, wo beim Blick in die Ferne sich Körper an Körper anreiht. —

Ein gewisses körperliches Sehen kann, wie erwähnt, (unter Benutzung seitlicher Kopfverschiebungen, wodurch die Objecte wie beim Sehen mit zwei Augen, von verschiedenen Stellen im Raum gesehen werden, ferner der Convergenz der Sehachsen und der Accommodation, sowie der sonstigen Erfahrungen) auch bei monocularem Sehen vorhanden sein.

Aber nur wer den Hering'schen Fallversuch — oder den Versuch von Donders, welcher in einem Dunkelkasten vor und hinter dem fixirten Objecte elektrische Funken herüberschlagen lässt — bestehen kann (beim Rathen ist natürlich 50 Procent Wahrscheinlichkeit), besitzt den normalen Grad des Körperlichsehens, da hier die Tiefenwahrnehmung einzig und allein von der Verwerthung der verschiedenartigen Netzhautbilder beider Augen abhängt, Convergenz und Accommodationsänderung aber bei der Schnelligkeit des Vorganges ausgeschlossen sind.

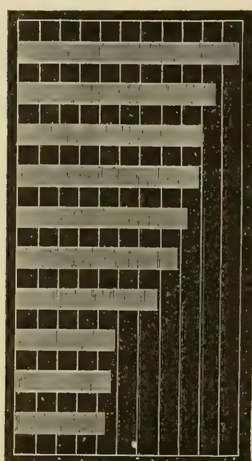
Die Erfahrung zeigt übrigens, dass selbst solche, die stereoskopisch körperlich sehen und auch Distanzverschiedenheit bei der oben erwähnten Prüfung mit Nadeln schnell und richtig erkennen, doch den Hering'schen Fallversuch nicht immer bestehen. Dies beobachtet man z. B. bei vielen Patienten nach Schieloperationen. Oft fehlt es ihnen nur an der Uebung, allein und schnell aus den verschiedenen Netzhauteindrücken beider Augen die Tiefenwahrnehmungen entsprechend zu construiren. —

Dieselben Verhältnisse finden sich bei Anisometropen. So wie die Anisometropie sehr hochgradig ist, vermisst man in der Regel die höchste Stufe des Körperlichsehens (Hering'scher Fallversuch); meist werden sogar nicht einmal Distanzverschiedenheiten bei der Nadelprobe mit genügender Schärfe erkannt. Mässige Verschiedenheit in der Sehschärfe beider Augen hat weniger Einfluss auf das Körperlichsehen.

Blindheit.

Es ist nöthig, eine bestimmte Feststellung darüber zu treffen, was wir unter blind verstehen wollen, zumal auch im Strafgesetz der analoge Ausdruck „Verlust des Sehvermögens“ gebraucht wird und dieselbe Frage bei der Schätzung der Erwerbsfähigkeit nach Unfällen in Betracht kommt. Natürlich kann von einem vollkommenen Aufgehobensein aller Lichtempfindung nicht die Rede sein; in diesem Sinne wären die meisten Blinden eben nicht blind. Aber selbst Individuen, welche noch die Zahl der Hände erkennen oder in nächster Nähe noch Finger zählen können, stehen in der praktischen Verwerthung ihrer Gesichtseindrücke ganz den Blinden gleich; auch sie sind nicht im Stande, ungeführt an fremden Orten den Weg zu finden, sie haben keine irgend erhebliche Unterstützung bei ihren Arbeiten durch den Rest des erhaltenen Sehvermögens und können unsere Schrift und unseren Druck selbst mit starker Vergrösserung nicht erkennen; wenn es sich um Kinder handelt, wird ihre Erziehung am besten so wie die der Blinden erfolgen. Mit einer gewissen Zunahme des Sehvermögens aber steigt die praktische Benutzungsfähigkeit desselben in deutlichster Weise. Wenn Jemand bei annähernd freiem Gesichtsfeld central Finger etwa in $^1/_2$ bis 1 m zählt,

kann er nicht mehr den Blinden zugerechnet werden und macht auch äusserlich nicht den Eindruck eines solchen. Man wird demnach Jemand als blind bezeichnen müssen, der bei gewöhnlicher Beleuchtung (bei sehr heller Beleuchtung vergrössert sich öfter die Sehweite) Finger nicht weiter als circa $^1/_3$ m zählt. Hiermit ist ein genügend fester Anhalt gegeben und es wäre wünschenswerth, wenn diese von mir vorgeschlagene Grenze*, welche auch von Magnus acceptirt ist, im Allgemeinen innegehalten würde. Weiter ist natürlich, wenn wir von Erblindung im gewöhnlichen Wortsinn reden, erforderlich, dass beide Augen davon unheilbar befallen sind. Auf die Beschaffenheit des Gesichtsfeldes ist



70.

ebenfalls Rücksicht zu nehmen; bei starker Einengung desselben wird trotz einer besseren centralen Sehschärfe doch Blindheit anzunehmen sein. —

Die Hauptursachen der Blindheit ergeben sich aus Figur 70; sie ist (unter Weglassung seltener vorkommender Ursachen) der von Magnus auf Grund von 2528 Fällen doppelseitiger Blindheit gegebenen graphischen Darstellung nachgebildet. Eine ziemliche Zahl der Erblindungen würde sich bei frühzeitiger sachverständiger Behandlung vermeiden lassen; bei einer daraufhin gemachten Zusammenstellung konnte ich beinahe die Hälfte hierher rechnen. Die Zahl der Erblindeten ist in den verschiedenen Ländern sehr wechselnd. In Preussen kam 1873 ein Blinder auf 1111 Sehende, in Oesterreich (1869) einer auf 1785.

* Vgl. Schmidt-Rimpler, Ueber Blindsein. 1880. Magnus, Die Blindheit, ihre Entstehung und Verhütung. 1883. — Fuchs (die Ursachen und Verhütung der Blindheit. 1885) nimmt Fingerzählen in 1 Meter Entfernung als Grenze an.

Für die Erziehung jugendlicher Blinden ist in neuerer Zeit mehr, wenn auch lange noch nicht genug geschehen. Das erste Blindeninstitut der Art wurde Ende vorigen Jahrhunderts von Haüy in Paris gegründet. In Deutschland werden die Kinder gewöhnlich erst im 10. bis 12. Lebensjahre in die Blindenerziehungsanstalten aufgenommen; sie erhalten einen vollkommenen Schulunterricht, erlernen ein Handwerk (vorzugsweise Korbmacherei, Seilerei, Bürstenbinderei, Flechtarbeiten u. s. w.) und meist auch Musik. Zum Lesen bedienen sie sich anfangs in Holz geschnitzter Buchstaben, die auf einem Lesebrett zusammengesetzt werden; später der Fibeln und Lesebücher, in denen die Buchstaben auf dickerem Papier in Relief hervorgepresst dem lesenden Zeigefinger fühlbar sind. Vorwiegend wird das grosse Alphabet der lateinischen Buchstaben benutzt. Das Relief der Buchstaben wird entweder so hergestellt, dass die einzelnen Linien der Buchstaben als solche hervorgepresst werden, wie dies in den Berliner Blindendrucken geschieht, oder dass diese Linien sich aus einzelnen hervorragenden Punkten zusammensetzen (Breslauer und Stuttgarter Druck); ersterer Druck lässt sich länger ohne Ermüdung der Finger lesen. Ist hingegen der Tastsinn verringert (etwa bei älteren Blinden), so ist der punktirte Druck vorzuziehen. Auch eine Art Stenographie, bei der die Buchstaben durch Punkte ausgedrückt werden (z. B. . A, : B, . . C), ist durch Braille eingeführt worden und findet in Druck und Schrift viel Anwendung. Zum Schreiben wird eine Tafel — ähnlich der Schiefertafel der Kinder — benutzt, die mit sehr nahestehenden Querriefen durchzogen ist; auf diese wird das Papier gelegt und mittels eines Rahmens an den Rändern befestigt. Auf dem Rahmen ist eine Art schmalen Messinglineals von unten nach oben verschiebbar, das entsprechend dem zu bildenden einzelnen Punktbuchstaben, dicht nebeneinander befindliche gleich grosse viereckige Ausschnitte (31 in einer Reihe) zeigt. Indem der Blinde nun mit dem linken Zeigefinger den Ausschnitt, in den der einzelne Buchstabe kommt, betastet, macht er mit einem in der rechten Hand gehaltenen Stift die entsprechenden punktförmigen Eindrücke. Durch die Querrinnen auf der unterliegenden Tafel, von denen je drei innerhalb des rechteckigen Linealausschnittes über einander liegen und in die der Stift beim Eindrücken das Papier presst, wird eine gleichmässige Entfernung der senkrecht stehenden Punkte erzielt. Um eine flache, natürlich nur für Sehende lesbare Schrift herzustellen, benutzen die Blinden das lateinische Alphabet und schreiben mit Blei; das Papier wird auf eine ähnliche, aber glatte und mit verschiebbarem Messinglineal versehene Tafel gelegt.

Zweiter Theil.

Ophthalmoskopie.
Augenspiegelbefunde am gesunden Auge.
Erkrankungen des Sehnerven, der Netzhaut, der Chorioidea und des Glaskörpers.

Erstes Kapitel.

Ophthalmoskopie.

---

1. Theorie der Augenspiegeluntersuchung.

Für gewöhnlich erscheint die Pupille des Auges schwarz. Doch war es schon seit langer Zeit von gewissen Thieren bekannt, dass ihre Pupille gelegentlich in rothem oder grünlichem Licht leuchtete. Mariotte (1668) war der Erste, welcher diese Erscheinung mit Recht so erklärte, dass es sich um Lichtstrahlen handele, die von dem glänzenden Chorioidealtapet der betreffenden Thiere reflectirt würden. Ein solches findet sich bei vielen Säugethieren (Raubthieren, Wiederkäuern, Beutelthieren, dem Pferde u. s. f.). Besonders häufig wurde naturgemäss bei unseren Hausthieren, den Katzen und Hunden, das Leuchten der Pupille gesehen.

Aber gelegentlich ist es auch bei albinotischen Menschen beobachtet. Hiernach lag die Annahme nahe, dass die Pupille für gewöhnlich nur deshalb dunkel sei, weil das schwarze Chorioidealpigment die Lichtstrahlen absorbire; dass sie hingegen leuchtend erscheine, wenn beim Fehlen des Pigments die Strahlen reflectirt würden. Dieser Umstand kommt allerdings in Betracht; dass er aber nicht ausschlaggebend war, zeigten die von W. Cumming (1846) und von Brücke (1847) unabhängig von einander angegebenen Methoden, die Pupillen auch normal pigmentirter menschlicher Augen leuchten zu machen. Man stellt zu diesem Zweck in einem dunklen Zimmer eine mit einem Cylinder versehene Lampe dicht vor sich auf den Tisch und lässt den zu Beobachtenden in einigen Fuss Entfernung sich gegenübersetzen, sodass sein Auge möglichst in einer Höhe mit der Lichtflamme sich befindet. Nun heisst man ihn dicht neben der Lichtflamme vorbei ins Dunkle sehen, während man selbst gerade hinter der Lichtflamme, gegen die man sich durch einen Schirm schützt, in die Pupille des zu Untersuchenden blickt. Besonders schön tritt alsdann das Leuchten derselben hervor, wenn sie sehr weit ist und die Augenmedien, wie bei jugendlichen Individuen.

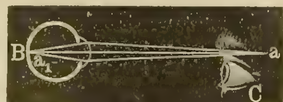
sehr durchsichtig sind. Es gelingt selbst auf diese Weise bei hochgradig Kurzsichtigen, denen zur Pupillenerweiterung Atropin eingeträufelt wurde, das umgekehrte Bild des Sehnerveneintritts und der Netzhautgefässe deutlich zu erkennen. Für gewöhnlich sieht man jedoch, wie erwähnt, nur die Pupille in röthlichem, oder auch rothweisslichem Lichte strahlen — letzteres, wenn etwa der mehr blasse Sehnerveneintritt (Papilla optica) gerade gegenübersteht und reflectirt.

Aber schon früher hatte Méry zufällig an einer Katze, deren Kopf unter Wasser gehalten war, beobachtet, dass man den Hintergrund des Auges und die Gefässe dabei sehen könne. Einige Jahre später studirte de la Hire (1703) dies Phänomen genauer und erklärte es ganz richtig dahin, dass durch das Wasser die Brechung der Cornea ausgeschlossen würde und nun die Strahlen in stark divergenter Richtung das Auge verliessen: hierdurch werde das Erkennen des Augenhintergrundes ermöglicht. Noch nach der Erfindung des Augenspiegels wurde diese Untersuchungsmethode auch bei menschlichen Augen benutzt, indem man kleine Glaswannen mit Wasser (Orthoskope) vor das Auge legte. Coccius machte 1852 darauf aufmerksam, dass bei tapetumhaltigen Augen und Albinos schon das sanfte Anlegen einer dünnen Glasplatte mit einem Tropfen Wasser an die Hornhaut genüge, um die Netzhaut deutlich zu sehen, wenn man Licht mittels eines Spiegels in das Auge werfe. 1888 ist Bellarminoff auf dasselbe Verfahren (mit Cocainisirung der Hornhaut) gekommen, um den Augenhintergrund gleichzeitig mehreren Beobachtern sichtbar zu machen. Das Bild steht aber an Schärfe und Vergrösserung dem beim Ophthalmoskopiren gewonnenen nach.

Durch Feststellung der dem Brücke'schen Versuche zu Grunde liegenden optischen Verhältnisse kam Helmholtz zur Entdeckung des Augenspiegels (1851). Wenn Helmholtz in seiner „Beschreibung eines Augenspiegels zur Untersuchung der Netzhaut im lebenden Auge" sagt: „. . . . Kurz, ich glaube die Erwartung nicht für übertrieben halten zu dürfen, dass sich alle bis jetzt an Leichen gefundenen Veränderungen des Glaskörpers und der Retina auch am lebenden Auge werden erkennen lassen, was für die bisher so unausgebildete Pathologie dieser Gebilde die grössten Fortschritte zu versprechen scheint!" so wissen wir heute, dass diese Erwartungen nicht nur in Erfüllung gegangen, sondern noch erheblich übertroffen worden sind.

Der Kern der ganzen Frage des Augenleuchtens und der Ophthalmoskopie liegt einfach darin, dass beim scharfen Sehen Object und Netzhautbild in conjugirten Punkten liegen. Ist das Auge B auf einen Objectpunkt a accommodirt, so erhält es ein scharfes Bild a_1 auf seiner Netzhaut. Alle von a ausgehenden Lichtstrahlen vereinigen sich in a_1; umgekehrt werden die von dem nunmehr hell und beleuchtet erscheinenden Bildpunkt a_1 ausgehenden Strahlen sich wieder in a vereinigen. Unter gewöhnlichen Verhältnissen wird demnach ein zweites beobachtendes Auge C (Figur 71) von diesen von a zurückkommenden Lichtstrahlen nichts wahrnehmen: die Pupille des Auges B erscheint schwarz.

Stellt sich C aber so, dass es direct in das Auge B blickt und dass die von diesem Auge reflectirten Strahlen in seine Pupille kommen müssten, so wird die Pupille von C das Object (a). Da sie aber kein Licht ausstrahlt, so erscheint auch die Pupille des Auges B dunkel und schwarz. Um diese leuchten zu lassen, d. h. Lichtstrahlen, die vom Augenhintergrund des Auges B kommen, wahrzunehmen, bedarf es gewisser künstlicher Mittel. Das einfachste findet sich in dem oben angeführten Brücke'schen Versuch. Da das Auge B nicht auf die Lichtflamme a accommodiren soll, so wird auf seiner Netzhaut auch kein scharfes Bild derselben, sondern ein Zerstreuungskreis entstehen: die beleuchtete Fläche der Netzhaut ist demnach verhältnissmässig gross. Von jedem Punkte dieser Netzhautfläche werden nunmehr die Lichtstrahlen reflectirt und verlassen das Auge in der Richtung des Punktes, auf welchen es eingestellt ist. Handelt es sich um ein emmetropisches Auge, das ohne Accommodation in die Ferne blickt, so werden die aus dem Auge kommenden Strahlen untereinander parallel laufen. Befindet sich das Auge C nun dicht neben der Flamme a und in der Richtung der Gesichtslinie von B, so fällt ein Theil dieser Strahlen in seine Pupille und es erscheint ihm die Pupille von B leuchtend.



71.

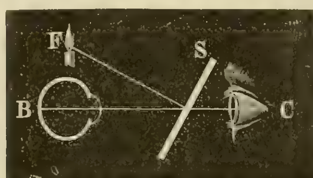
Es kam jetzt darauf an 1) durch eine besondere Einrichtung zu bewirken, dass das beobachtende Auge (C) vom Augenhintergrunde des zu untersuchenden Auges (B) möglichst viele Lichtstrahlen empfinge, und 2) dass diese von B reflectirten Strahlen sich auf der Netzhaut des Auges C zu einem scharfen Bilde vereinigten: alsdann wird letzteres den Augenhintergrund von B in seinen Einzelheiten sehen.

Das erstere erreichte Helmholtz dadurch, dass er vor das beobachtende Auge eine einfache, schräg gestellte Glasscheibe (s. Figur 72) hielt, welche das Licht einer Flamme (F) reflectirte und in das Auge B warf. Die von dem beleuchteten Augenhintergrunde B kommenden Lichtstrahlen gingen nun denselben Weg zurück, wurden allerdings z. Th. von der Platte (S) nach F reflectirt, z. Th. aber gingen sie durch die Glasplatte hindurch in das beobachtende Auge C. Später benutzte man statt der Glasplatten (Helmholtz'sches Ophthalmoskop) belegte Spiegel und versah dieselben im Centrum mit einer Oeffnung, durch welche die Lichtstrahlen nach C gelangen konnten. Auch die zweite Schwierigkeit überwand Helmholtz, indem er zu corrigirenden Concavgläsern seine Zuflucht nahm und diese hinter den Spiegel legte.

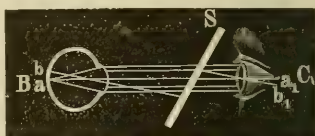
Man sieht bei dieser Untersuchungsweise, bei welcher man sich mit dem Augenspiegel stark dem untersuchten Auge nähert, die einzelnen Theile des Augenhintergrundes vergrössert und in ihrer normalen

Lage, da die optischen Medien des untersuchten Auges ähnlich wie eine Lupe wirken. Man bezeichnet das Verfahren als die ophthalmoskopische Untersuchung des Auges im aufrechten Bilde, im Gegensatz zu der im umgekehrten Bilde, wo durch ein, vor das untersuchte Auge gehaltenes Convexglas ein umgekehrtes in der Luft schwebendes Bild des Augenhintergrundes entworfen wird. —

A. Bei der Untersuchung im aufrechten Bilde werden die optischen Verhältnisse je nach den Refractionen der Augen sich verschieden gestalten. Nehmen wir fürs Erste an, das untersuchende Auge



72.



73.

C (Figur 73) und das untersuchte B seien emmetropisch und accommodationslos: beide Augen sind alsdann für parallele Strahlen eingerichtet. Alle Strahlen, welche von dem durch den Augenspiegel (S) beleuchteten Netzhautpunkt a des Auges B ausgehen, verlassen dasselbe in paralleler Richtung und gelangen so durch das unbelegte Glas des Helmholtz'schen Spiegels in das Auge C. Letzteres, für parallele Strahlen eingerichtet, vereinigt sie in Punkt a_1 zu einem scharfen Bilde. Dasselbe gilt von Punkt b. Auge C erhält demnach von a b ein scharfes Bild. Da nach dem Projectionsgesetz der Bildpunkt b_1, der in unserer als verticaler Durchschnitt gedachten Zeichnung unter a_1 liegt, auf einen über a liegenden Objectpunkt b bezogen wird, so erscheint auch die Netzhautpartie a b in ihrer natürlichen Lage.

Ist das untersuchte Auge B myopisch, also für divergente Strahlen eingerichtet, so werden die von dem beleuchteten Netzhautpunkt a (Figur 74) ausgehenden Strahlen in eben dieser Richtung das Auge verlassen: sie treffen demnach das Auge C in convergirender Richtung. Da C nur für parallele Strahlen eingerichtet ist, so wird ein entsprechendes Concavglas hinter den Spiegel zu legen sein, um die convergenten Strahlen parallel zu machen und so die Vereinigung derselben zu einem scharfen Bilde in a_1 zu ermöglichen.

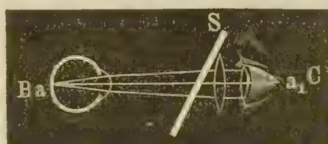
Handelt es sich schliesslich um ein zu untersuchendes hyperopisches, also für convergente Strahlen eingerichtetes Auge, so verlassen die von Punkt a (Figur 75) kommenden Strahlen das Auge B in einer Richtung, die für das beobachtende Auge C divergirend ist. Hier be-

darf es eines entsprechenden Convexglases, um diese Strahlen parallel zu machen.

Bis jetzt haben wir angenommen, dass das untersuchende Auge emmetropisch und accommodationslos sei. Ist dieses nicht der Fall, so kann eine corrigirende Brille die Einrichtung für parallele Strahlen ermöglichen. — Schwieriger aber ist es, die Accommodationsthätigkeit vollkommen auszuschliessen, wenn man nicht etwa Atropin oder ähnliche accommodationlähmende Mittel anwenden will. Das Bewusstsein, dass das zu untersuchende Auge sich in der Nähe befindet, bewirkt meist auch



74.



75.

eine Einstellung des Auges für die Nähe, d. h. für divergirende Strahlen. Bei der Untersuchung eines emmetropischen Auges wird das accommodirte Auge demnach sich der Concavgläser bedienen müssen, die ihm die parallelen Strahlen divergent machen; bei Untersuchung von myopischen Augen naturgemäss stärkerer Concavgläser, als sie der Myopie des betreffendes Auges entsprechen. Nur für die Untersuchung hyperopischer Augen ist die Accommodation von Nutzen und erspart die Convexgläser. Daher wird es auch Anfängern, die noch nicht gelernt haben, beim Ophtalmoskopiren ihre Accommodation zu erschlaffen, besonders leicht, hyperopische Augen zu untersuchen. Bei letzteren sieht man sogar öfter, wenn man sich mit dem Ophtalmoskop noch in einem gewissen Abstande vom untersuchten Auge befindet (etwa schon in 20 bis 30 cm), die Netzhautgefässe scharf hervortreten, was beim emmetropischen Auge, selbst wenn man auf parallele Strahlen eingerichtet ist, nicht der Fall ist. Es erklärt sich dies in folgender Weise. Die Netzhaut des Hypermetropen liegt vor dem Hauptbrennpunkt der optischen Medien, während die des Emmetropen sich in demselben befindet. Die Vergrösserung des Augenhintergrundes beim hypermetropischen Auge ist demnach geringer als beim emmetropischen. Da nun bei grösserer Entfernung von dem zu untersuchenden Auge nur ein sehr kleiner Theil des betreffenden Augenhintergrundes übersehen wird („das ophthalmoskopische Gesichtsfeld“ ist sehr klein), so kann ein stark vergrössertes Blutgefäss des emmetropischen Auges dasselbe ganz ausfüllen oder noch überschreiten — es erscheint dann das Gesichtsfeld einfach roth —, während beim hypermetropischen das weniger vergrösserte Gefäss noch mit seinen Rändern scharf sichtbar ist.

Aber nicht nur von der Entfernung, in welcher sich das ophthalmoskopirende Auge vom untersuchten befindet, hängt die Grösse des ophthalmoskopischen Gesichtsfeldes im aufrechten Bilde ab, sondern auch von der Grösse der Pupille des untersuchten Auges: je grösser dieselbe um so grösser das Gesichtsfeld. Dass diese beiden Momente in Betracht kommen, davon kann man sich experimentell leicht überzeugen, wenn man auf eine starke Convexlinse (+ 20·0) ein mit einer centralen Oeffnung versehenes Papier legt und durch dasselbe bald mit dicht angelegtem Auge, bald aus einiger Entfernung nach einer Schrift sieht, die innerhalb der Brennweite der Linse liegt, und weiter, wenn man der Oeffnung verschiedene Grössen giebt. —

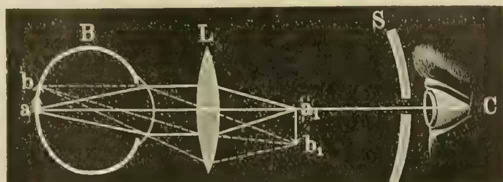
Wenn die Grösse des ophthalmoskopischen Gesichtsfeldes im aufrechten Bilde als von obigen Verhältnissen abhängig hingestellt wurde, so war vorausgesetzt, dass die Beleuchtung der Netzhaut durch das von dem Augenspiegel hineingeworfene Licht eine entsprechende und möglichst ausgedehnte sei. Dies ist aber nicht immer der Fall. So entsteht bisweilen, wenn der conjugirte Punkt des vom Spiegel entworfenen Bildes der Lichtflamme in der Netzhaut liegt, auf ihr das scharfe, umgekehrte Flammenbild, neben dem die angrenzenden Partien, trotzdem sie in das ophthalmoskopische Gesichtsfeld fallen, wegen mangelnden Lichtes undeutlich bleiben. Man muss hier Spiegel und Flamme durch Hin- und Herschieben in solche Entfernungen bringen, dass eine möglichst diffuse Beleuchtung der Netzhaut erzielt wird, die eintritt, wenn ein recht grosses Zerstreuungsbild der Flamme auf ihr entworfen wird. Die Intensität der Beleuchtung wird gemehrt und das Gesichtsfeld erweitert, wenn man einen starken Concavspiegel von 7—8 cm Brennweite benutzt (etwa 30 cm von der Lichtflamme entfernt gehalten); es wird hierbei vor der Netzhaut im Auge selbst das beleuchtende umgekehrte Flammenbild entworfen (Parent). Das über die Beleuchtung des ophthalmoskopischen Gesichtsfeldes Gesagte gilt auch für die Untersuchung im umgekehrten Bilde (siehe unten). Um hier eine möglichst ausgedehnte Beleuchtung zu erhalten, muss einmal der Brennpunkt der benutzten Concavlinse im Pupillengebiet liegen und zweitens auch dort das beleuchtende Flammenbild fallen. Es gelingt dies, wenn man mit dem Augenspiegel parallele Strahlen auf die Convexlinse wirft: ein Concav-Augenspiegel von 40—50 cm Brennweite, ebenso weit von der Lampe entfernt gehalten, bewirkt dies (Dimmer).

B. 1852 führte Th. Ruete eine andere ophthalmoskopische Methode in die Praxis ein: die Untersuchung im umgekehrten Bilde. Dabei benutzte er gleichzeitig, was aber für die Methode selbst bedeutungslos ist, an Stelle der unbelegten Glasplatten von Helmholtz einen Concavspiegel, der zum Durchlassen der Lichtstrahlen in der Mitte eine Oeffnung hat.

Man lässt hier durch eine vor das untersuchte Auge gehaltene Convexlinse (etwa 20·0 [$^1/_2$] oder besser 13·0 [$^1/_3$] die von dem Augenhintergrunde kommenden Lichtstrahlen zu einem umgekehrten, in der Luft schwebenden reellen Bilde sich sammeln und betrachtet dieses.

Das Bild ist grösser als das Netzhautobject, aber nicht so gross wie das aufrechte Bild.

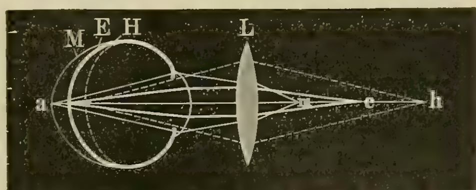
Nehmen wir wieder an, das zu untersuchende Auge B (Fig. 76) sei emmetropisch und der Netzhaut-Punkt a durch das von dem Spiegel S hineingeworfene Licht beleuchtet. Es werden jetzt die von a ausgehenden, das Auge parallel verlassenden Strahlen auf die vorgehaltene Linse fallen und in deren Brennpunkt zu einem Bilde a_1 vereinigt werden. Dasselbe gilt von den von b ausgehenden Strahlen, die sich in b_1 vereinigen. Dieses reelle, in der Luft schwebende Bild sieht nun C, indem es sich darauf wie auf ein zwischen seinem Spiegel (S) und der Linse L befindliches Object accommodirt.



76.

Das so entworfene Bild ist umgekehrt; ein oben gelegener Theil der beleuchteten Netzhaut kommt im Bilde unten zu liegen, ein rechts befindlicher links.

Die Entfernung des Bildes von der Convexlinse wird etwas verschieden sein, je nach der Refraction des untersuchten Auges und damit wird sich auch seine Grösse ändern. Beim emmetropischen Auge liegt das Bild von der Linse um ihre Hauptbrennweite entfernt: beim hyperopischen Auge, da die Strahlen hier divergent auf die Linse fallen (Figur 77), etwas weiter (in h) und hinter dem Brennpunkt e, beim myopischen Auge etwas näher (in m). Das Bild ist also auch am grössten beim hyperopischen, am kleinsten beim myopischen Auge. Da die Grösse des Bildes im geraden Verhältniss steht zu seiner Entfernung von der Linse, so wird bei der Benutzung einer stärker brechenden Convexlinse (z. B. $^1/_2$) die Vergrösserung geringer sein als bei der einer schwächer brechenden (z. B. $^1/_3$).



77.

Die Grösse des Gesichtsfeldes bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde hängt von der Entfernung des Convexglases von der Pupille ab. Liegt letztere in der Brennweite des Glases, so erscheint sie vergrössert und zwar am meisten, wenn ihre Mitte gerade im Brennpunkte der Linse liegt: es werden jetzt alle vom Pupillarrande aus-

gehenden Strahlen die Linse parallel verlassen. Der Vereinigungspunkt paralleler Lichtstrahlen liegt aber in der Unendlichkeit, mithin ist auch das Bild der Pupille unendlich gross. Man sieht die Pupille nicht mehr von dem Irisrande begrenzt. Rückt die Linse näher an die Pupille heran, so ist die Vergrösserung der Pupille eine geringere: man sieht alsdann noch den Rand der Iris. Liegt die Pupille ausserhalb der Brennweite der Linse, so erhalten wir ein umgekehrtes Bild von ihr, das je nach der Entfernung vom Brennpunkt grösser oder kleiner ist. Es wird sich demnach meist empfehlen, das Convexglas so weit von der Pupille entfernt zu halten, dass letztere in der Hauptbrennebene liegt. Wie viel man aber von der so vergrösserten Pupille bei der Augenspiegeluntersuchung überblickt, hängt von der Grösse der vorgehaltenen Linse (ihrem Querdurchmesser oder ihrer Oeffnung) ab.

Im Allgemeinen ist die Grösse des Gesichtsfeldes im umgekehrten Bilde (= 18°) etwa doppelt so gross als im aufrechten.

Die Vergrösserung des ophthalmoskopischen Bildes ist eine erheblich stärkere im aufrechten Bilde als im umgekehrten, wenn man hier die üblichen Convexgläser ($^1/_2$—$^1/_4$) anwendet. Die durch optische Hilfsmittel wahrnehmbare Vergrösserung eines Objectes kommt dadurch zustande, dass das Bild auf unserer Netzhaut grösser wird. Die Grösse des letzteren ist aber für gewöhnlich abhängig von der Entfernung, in der sich das Object befindet. Ein und derselbe Gegenstand wird ein grösseres Netzhautbild entwerfen, wenn er sich dem Auge näher befindet, ein kleineres, wenn er dem Auge ferner steht. Für Vergrösserungen mittels Lupe und Mikroskop hat man, um einen Vergleichspunkt zu haben, die Entfernung von 8 Zoll gewählt (sogenannte „deutliche Sehweite"); die Grösse eines makroskopisch gesehenen Objectes, das sich angenommenermaassen in 8 Zoll befindet, wird = 1 gesetzt. Mit convex $^1/_2$ kann ein Object beispielsweise bis auf 2 Zoll an das Auge angenähert werden, ohne dass eine Accommodationsanstrengung für den Emmetropen erforderlich ist: es wird das Netzhautbild dementsprechend vergrössert; die Vergrösserung verhält sich wie 8:2, ist also eine 4fache.

Allerdings würde dies genau nur zutreffen, wenn man den optischen Mittelpunkt der benutzten Linse mit dem des Auges als zusammenfallend annimmt, was natürlich nie der Fall ist. Ebenso ist hier die Einwirkung, welche die veränderte Accommodation auf die Grösse des Netzhautbildes hat, unbeachtet gelassen: in einer Entfernung von 8 Zoll würde das emmetropische Auge $^1/_8$ accommodiren, während es bei der Betrachtung des Objectes + $^1/_2$ auf 2 mit Zoll auf parallele Ferne eingerichtet ist. — Weiter lässt sich gegen diese Art der Messung anführen, dass der Begriff „deutliche Sehweite" und die Festsetzung derselben auf 8 Zoll durchaus nicht mehr unseren jetzigen Kenntnissen der Refractions- und Accommodationsverhältnisse entspricht. — Correcter würde es sein, die Gesichtswinkel, unter denen die Objecte ohne und mit optischen Hilfsmitteln erscheinen, zu vergleichen (Schweigger). Doch ist immerhin jene Bestimmung der Vergrösserung noch üblich und giebt auch eine vollkommen ausreichende Anschauung der vorliegenden Verhältnisse. Nehmen wir an, dass ein Emmetrop im aufrechten Bilde ophthalmoskopisch die Netzhaut oder Pap. optica eines anderen Emmetropen sieht. Im schematischen Auge liegt die Netzhaut im nichtaccommodirten emmetropischen Auge 15 mm vom Knotenpunkt entfernt. Soll das Auge auf 250 mm (= es sei dies gleich der als

Maassstab dienenden „deutlichen Sehweite", indem für 8 Zoll 25 cm genommen sind —) accommodirt werden, so würde sich nach einer von Helmholtz* angegebenen Formel der Radius der brechenden Fläche um 0·3 mm verkürzen müssen; der Knotenpunkt entfernt sich demnächst ebensoviel von der Netzhaut. Dieselbe liegt nunmehr nicht 15 mm, sondern 15·3 mm hinter ihm. Nehmen wir nun an, dass der Knotenpunkt des untersuchenden Auges dem des untersuchten so nahe ist, dass wir die bezüglichen Entfernungen vernachlässigen können, so sieht das im aufrechten Bilde ophthalmoskopirende Auge die Papille gleichsam durch eine Lupe von 15·3 mm Brennweite. Die Vergrösserung im Verhältniss zu der Grösse, welche das Object in einer Entfernung von 250 mm gesehen haben würde, ist demnach für das emmetropische Auge $= \frac{250}{15 \cdot 3} = 16 \cdot 3$ (Snellen). Mauthner, der mit einer Sehweite von 8 Zoll und einem Knotenpunktabstande von 6·7 Linien rechnet, bestimmt die Vergrösserung des ophthalmoskopischen Bildes eines emmetropischen Auges auf $14^1/_3$. Bei H $^1/_3$, bedingt durch Verkürzung der Augenachse und corrigirt durch $\frac{1}{3^1/_2}$, $^1/_2$ Zoll vor dem Knotenpunkt, $= 15^1/_2$fache Vergrösserung. Bei derselben H $^1/_3$, corrigirt durch $^1/_4$, 1 Zoll vor K, $= 13^3/_5$. Die ophthalmoskopische Vergrösserung nimmt demnach bei der Hyperopie ab, je weiter das corrigirende Glas vom untersuchten Auge entfernt ist. Umgekehrt bei Myopie. Bei M $^1/_3$, durch Verlängerung der Augenachse bedingt, und corrigirt durch $-\frac{1}{2^1/_2}$, $^1/_2$ Zoll vor K, ist die Vergrösserung = 13; bei derselben Myopie, corrigirt durch — $^1/_2$, 1 Zoll vor K, $= 16^1/_3$.

Sind H und M nicht, wie gewöhnlich, durch Verschiedenheiten in der Achsenlänge bedingt, sondern durch Brechungsanomalien, so ist bei H die Vergrösserung geringer, bei M grösser als oben angegeben. Man hat diese Verschiedenheit in der Vergrösserung auch benutzt, um zu diagnosticiren, ob es sich in einem gegebenen Falle um Achsen- oder Brechungsmetropie handelte. Weiss, der dieses Verfahren eingeschlagen, maass zu dem Zweck die Vergrösserung des aufrechten Bildes direct, indem er sich der Methode à double vue, wie sie bei Fernrohren üblich ist, bediente. Man stellt hier bekanntlich in einer bestimmten Entfernung einen Maassstab auf, den man mit dem einen Auge direct, mit dem andern durch das Fernrohr ansieht. Die Bilder beider Augen decken sich alsdann und man kann ablesen, wie viel Theilstriche des mit dem unbewaffneten Auge gesehenen Maassstabes auf einen Theilstrich des vergrösserten Maassstabes gehen. Weiss nahm als Grundlage für die gefundene Vergrösserung im ophthalmoskopischen Bilde die anatomische Grösse der beobachteten Papilla optica zu 1·5 mm an.

Bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde ist die Vergrösserung geringer.

Sie hängt ab, wie bereits erwähnt, von der Brechkraft der angewandten Convexlinse: eine schwächere Convexlinse vergrössert mehr als eine stärkere. Und ebenso ist die Entfernung, in welcher die Linse von dem Knotenpunkt des Auges gehalten wird, bei ametropischen Augen von Bedeutung, während sie bei einem emmetropischen Auge, aus dem stets parallele Strahlen auf die Linse fallen, gleichgiltig ist. Beim hypermetropischen Auge wird das Bild kleiner, wenn man die Convexlinse vom Auge entfernter hält, bei dem myopischen grösser. Um einen Vergleich zu geben, sei angeführt, dass Mauthner die Vergrösserung des umgekehrten Bildes eines emmetropischen Auges — nach gleichen Principien wie

* Physiol. Optik, p. 44, Formel 3.

die des aufrechten Bildes berechnet — bei Benutzung einer Convexlinse $^1/_2$, circa $^1/_2$ Zoll vor den Kotenpunkt des Auges gestellt (— gewöhnlich wird sie viel weiter entfernt gehalten —), als $3^3/_4$fach berechnete.

Schweigger, der die reelle Grösse des Sehnerven zu der seines umgekehrten Bildes in directen Vergleich stellt, fand unter Benutzung von + $^1/_3$, 3 Zoll vom Auge entfernt gehalten, das Verhältniss bei E wie 1:5·3; bei M $^1/_5$ = 1:4·6; bei H $^1/_5$ = 1:6·1.

2. Verschiedene Formen der Augenspiegel.

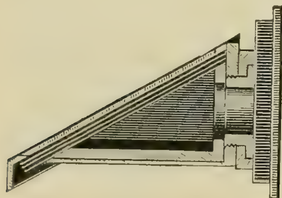
I. Monoculare Augenspiegel.

A. Planspiegel.

In Helmholtz's Ophthalmoskop (1851) dienen als Spiegel einfache unbelegte Glasplatten, und zwar hat Helmholtz mehrere derselben übereinander gelegt, um eine möglichst starke Reflection und so die verhältnissmässig grösste Helligkeit des Augenhintergrundes zu erzielen. Diese Platten haben die Gestalt eines Rechtecks und sind in ein entsprechendes Gestell so eingefügt, dass sie zu der Lichtflamme in einem schrägen Winkel stehen. Hinter diesem Gestell ist eine kleine Röhre, welche die etwa erforderlichen Correctionsgläser aufnimmt.

Der Helmholtz'sche Augenspiegel (Figur 78, nach links die schräggestellten vier spiegelnden Platten in senkrechtem Durchschnitt) giebt unter allen anderen die geringste Beleuchtungsintensität. Bei sehr lichtscheuen Augen, sowie in manchen Fällen, wo besonders die Farbennuanceneinzelner Theile des Augenhintergrundes in Frage stehen, empfiehlt sich seine Anwendung.

Epkens construirte bald darauf als Ophthalmoskop einen foliirten Planspiegel. Um dem Untersucher den Durchblick zu gestatten, war in der Mitte die Folie abgekratzt. Später hat man direct ein centrales Loch in den belegten Spiegel gemacht. Letzteres ist deshalb vorzuziehen, weil die Lichtstrahlen ganz ungehindert hindurchziehen, während bei der durch Abkratzen durchsichtig gemachten Glasfläche immer eine gewisse Reflection eintritt, auch das Reinhalten grössere Schwierigkeiten verursacht. Wendet man statt der Glasspiegel solche von Metall an, so lässt sich wegen der grösseren Dünnheit der spiegelnden Platte auch der durch die centrale Oeffnung veranlasste kleine Canal, der bei grösserer Länge stören könnte, auf ein Minimum verringern.



78.
Helmholtz' Augenspiegel.

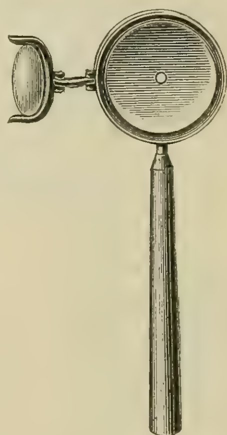
Um Correctionslinsen hinter die Spiegelöffnung zu bringen, hat man kleine federnde Halbringe angebracht, in die sie eingelegt werden. Oder man bedient sich einer excentrisch befestigten und drehbaren Scheibe (Rekoss), die an ihrer Peripherie die Linsen eingefügt enthält.

Bei den Planspiegeln ist das eigentliche Beleuchtungsobject für das zu untersuchende Auge nicht die Lampenflamme als solche, sondern das durch den Augenspiegel von ihr entworfene Spiegelbild. Lezteres ist, wie immer bei Planspiegeln, ein virtuelles aufrechtes und von gleicher Grösse wie die Flamme: es liegt gerade soweit hinter dem Spiegel, wie die Lampenflamme sich vor dem Spiegel befindet. Da die Lampenflamme bei der Untersuchung im umgekehrten

Bilde meist ziemlich weit von dem Spiegel entfernt ist, so liegt ihr Bild auch ziemlich weit hinter demselben: dadurch wird die Beleuchtung des Augenhintergrundes eine verhältnissmässig schwache. Ophthalmoskopirt man hingegen im aufrechten Bilde, so nähert man sich erheblich mehr dem untersuchten Auge und damit auch der in der Nähe desselben stehenden Lampe: es steigt somit die Beleuchtungsintensität, da auch das Spiegelbild in grössere Nähe rückt. Für die Untersuchung im aufrechten Bilde ist daher der foliirte Planspiegel vollkommen ausreichend und sogar öfter den lichtstärkeren Concavspiegeln vorzuziehen.

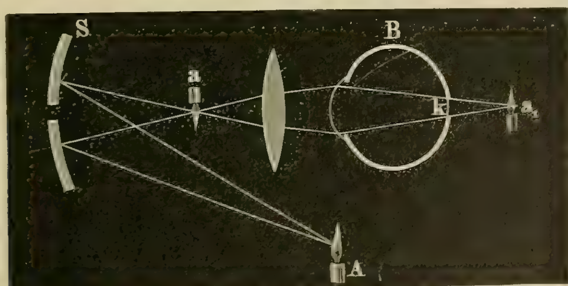
B. Concavspiegel.

1. Ruete war der Erste, welcher 1852 einen durchbohrten foliirten Concavspiegel zur ophthalmoskopischen Untersuchung construirte. Sein grösseres Instrument enthielt auf einem Holzgestell angebracht einen grossen Concavspiegel, vor dem sich auf einer Stange verschiebbar die zur Untersuchung im umgekehrten Bilde erforderliche Convexlinse befand. Später gab er einen kleineren, in der Hand zu haltenden Spiegel an. Nach diesem sind eine Menge ähnlicher Concavspiegel construirt, die sich durch Grösse, Brennweite u. s. w. von einander unterscheiden. Der bekannteste von ihnen ist der von Liebreich (Figur 79).



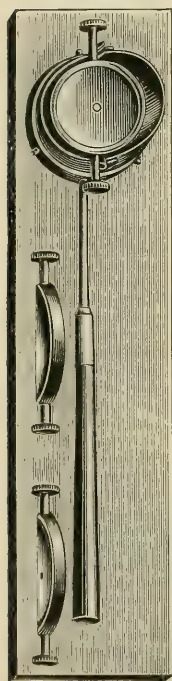
79.
Liebreich's Augenspiegel.

Beim concaven Spiegel dient das verkleinerte, umgekehrte Bild der Lichtflamme zur Beleuchtung. Es hängt dabei von dem Verhältniss der Brennweite des Spiegels zu der Entfernung der Lichtflamme ab, ob das umgekehrte Bild kleiner oder grösser wird. Ist die Entfernung der Lichtflamme gleich der doppelten Brennweite des Concavspiegels, so sind Bild und Object gleich gross, indem dieselben optischen Gesetze für Concavspiegel wie für Convexlinsen (siehe S. 29) gelten. Da aber bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde die Lichtflamme in der Regel von dem Spiegel weiter entfernt ist, als die doppelte Hauptbrennweite beträgt, so entwirft dieser von ihr ein verkleinertes, jedoch sehr lichtstarkes, umgekehrtes, reelles Bild, dessen Strahlen dann den Augenhintergrund beleuchten. Figur 80 zeigt das Verhalten bei der ophthalmoskopischen Untersuchung im umgekehrten Bilde, wenn das umgekehrte verkleinerte Flammenbildchen a nicht in den der Netzhaut conjugirten Punkt fällt. In der Figur fällt es hinter ihn: es



80.

würde sich demnach auch das Flammenbildchen erst hinter der Netzhaut in a_1 abbilden: auf der Netzhaut entsteht ein Zerstreuungskreis (k). Diese Art der Beleuchtung durch einen Zerstreuungskreis ist, wie oben hervorgehoben, günstiger, als wenn das Flammenbildchen (gewöhnlich als ein helles Dreieck erkennbar) sich direct auf der Netzhaut entwirft. Die Entfernung des Spiegelbildes vom Spiegel lässt sich nach der Linsenformel $\left(\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{b}\right)$ berechnen. Ist z. B. die Hauptbrennweite des Spiegels 6 Zoll und die Entfernung von der Flamme 24 Zoll, so hat man nach der Linsenformel $\frac{1}{6} = \frac{1}{24} + \frac{1}{b}$ oder $\frac{1}{b} = \frac{1}{6} - \frac{1}{24}$ oder $\frac{1}{b} = \frac{1}{8}$, das heisst: 8 Zoll vom Spiegel entfernt liegt das umgekehrte Bild der Flamme. Die Brennweite der jetzt üblichen Concavspiegel, speciell der sog. Liebreich'schen ist für gewöhnlich eine kleine: sie schwankt zwischen $4^1/_2$ und 7 Zoll; selten findet man grössere Brennweiten. Auf den exacten Schliff der Concavspiegel kommt es zwar bei den gewöhnlichen ophthalmoskopischen Untersuchungen nicht besonders an, wohl aber bei der von mir angegebenen Refractionsbestimmung. Die Mehrzahl der sogenannten Concavspiegel sind sehr ungenau geschliffen; die von ihnen entworfenen Bilder sind verschwommen, selbst Vervielfachung der Bilder findet man nicht selten. Man wird daher gut thun, beim Kauf darauf zu achten. Die Prüfung ist sehr leicht, indem man ähnlich wie mit Convexlinsen von einem hellen Gegenstande ein umgekehrtes Bild auf einer ebenen Fläche entwirft.



81.
Jäger's Augenspiegel.

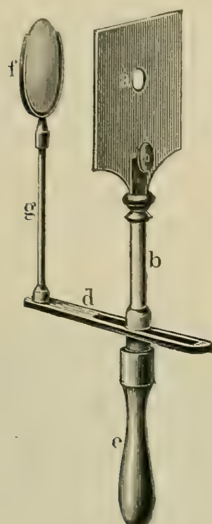
Der Jäger'sche Augenspiegel (Figur 81) gestattet abwechselnd die Einfügung eines Planspiegels (Helmholtz'scher Glasplatte oder foliirten Spiegels) und eines Concavspiegels, indem an dem vorderen Ende einer kleinen schräg abgestutzten Röhre die betreffenden Einklemmungsvorrichtungen angebracht sind. Ausserdem hat man noch den Vortheil, dass ähnlich wie beim Helmholtz'schen Spiegel, ohne Drehung der Röhre, einfach durch Schrägstellung der Spiegel das Licht in das untersuchte Auge geworfen wird. Da die Correctionslinsen am hinteren Rande der längs der Sehlinie des Beobachters laufenden Röhre eingesetzt werden, so bleiben dieselben immer in derselben verticalen Ebene vor seinem Auge. Bei anderen Spiegeln, z. B. dem Liebreich'schen, muss das ganze Ophthalmoskop und damit auch die hinter ihm liegende Correctionslinse der Stellung der Lampenflamme entsprechend etwas schräg gehalten werden; es fallen daher die Lichtstrahlen auch schief durch die dicht hinter der Oeffnung befindlichen Correcons linsen, erleiden demnach eine etwas andere Brechung.

Zur ophthalmoskopischen Refractionsbestimmung (siehe diese) dürften daher im Allgemeinen Ophthalmoskope, bei denen nur der Spiegel schräg gestellt zu werden braucht, vorzuziehen sein; bedeutend sind allerdings die Nachtheile durch Schrägstellung der Linsen auch nicht.

C. Combination einer Convexlinse mit einem Planspiegel.

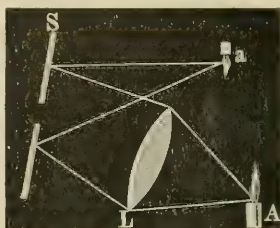
Coccius (1853) ersann einen Augenspiegel, der sowohl als Planspiegel wie als Concavspiegel — und zwar mit veränderbarer Brennweite — benutzt werden kann.

An einem Planspiegel (a) ist eine Metallstange mit federndem Bogen befestigt, welche zur eventuellen Aufnahme eines Convexglases (f) dient (Figur 82).



82.
Coccius' Spiegel.

Das Convexglas (etwa $^1/_5$) ist der Flamme zugekehrt. Da die Entfernung der Linse von der Flamme in der Regel grösser als die Brennweite der Linse ist, so werden die Lichtstrahlen, welche durch sie hindurch gehen, so gebrochen, dass sie convergent auf den Planspiegel fallen. Von diesem in derselben Weise reflectirt, sammeln sie sich zu einem umgekehrten reellen Bilde a, das nun, wie bei den Concavspiegeln, zur Beleuchtung des zu untersuchenden Auges dient (Figur 83). Man hat den Vortheil, dass



83.

man sich gleichsam eine Reihe von Concavspiegeln verschiedener Brennweite schaffen kann, indem man verschieden brechende Convexgläser in das Gestell einsetzt.

D. Refractionsophthalmoskope.

Bei der Bestimmung der Refraction, wie sie durch die ophthalmoskopische Untersuchung im aufrechten Bilde gemacht werden kann, bedarf man einer genügend grossen Anzahl von Convex- und Concavgläsern zur genauen Correction der etwa vorhandenen Refractionsanomalien. Diese Gläser befinden sich hinter der Spiegelöffnung und müssen mit Leichtigkeit und schnell gewechselt werden können. Ein abwechselndes Herausnehmen und Hineinlegen, wie es z. B. bei dem Jäger'schen Spiegel nöthig ist, würde unpraktisch sein, da die Refractionsbestimmung, wie wir unten sehen werden, davon abhängt, dass man mit einem bestimmten Correctionsglase den Augenhintergrund des Untersuchten maximal scharf sieht. Ueber Differenzen in der Schärfe kann man jedoch nur in der Weise ein Urtheil gewinnen, dass man durch schnelles Wechseln der verschiedenen Gläser dasjenige, welches am genauesten corrigirt, herausfindet. Man setzte deshalb eine grosse Zahl von kleinen Linsen in den Rand einer runden, an der hinteren Spiegelfläche befestigten Platte; indem man letztere dreht, bringt man nach einander die verschiedenen Linsen hinter die Oeffnung des Spiegels (Refractionsspiegel von Loring, Wecker, Knapp). Da jedoch bei zu grosser Kleinheit dieser Gläser auch die Oeffnung des Loches, durch das man sieht, sehr klein wird, so kann eine störende stenopäische Wirkung eintreten, durch welche allein schon die unregelmässige Brechung bei Refractionsanomalien einen gewissen Ausgleich erfährt. Man hat deshalb durch Anwendung von zwei solchen Platten ermöglicht.

grössere Gläser einzusetzen, ohne die Zahl zu verringern. Eine dieser Scheiben enthält die schwächeren Gläser, die andere die stärkeren; sie müssen demnach entsprechenden Fallés herausgenommen und gewechselt werden (Gowers, Hirschberg, Horstmann u. A.) (Fig. 84).



84.

Andererseits hat man zwei Platten übereinander gelegt und gegeneinander verschiebbar gemacht. In dieser Weise gelingt es, durch eventuelle Combination zweier Gläser — eines der oberen und eines der unteren Platte — ebenfalls eine grosse Zahl verschieden brechender Linsen zu gewinnen (Landolt, Schweigger u. A.).

Auch in der Form der spiegelnden Flächen finden sich Modificationen. Da bei der Untersuchung im aufrechten Bilde ein zu starker Lichteinfall zu einer störenden Verengerung der Pupille Anlass geben kann, so werden hier meist die Planden Concavspiegeln vorgezogen. Letztere senden bei ihrer gewöhnlichen Brennweite von 4—7 Zoll, da man sich dem untersuchten Auge etwa bis auf zwei Zoll nähert, convergirende und daher auch zahlreichere Lichtstrahlen von der ausserhalb ihrer Brennweite stehenden Lampe in die Pupille, während bei Planspiegeln die divergirenden Strahlen des Spiegelbildes zur Beleuchtung dienen. Dem Uebelstande einer zu intensiven Beleuchtung durch die Concavspiegel lässt sich übrigens sehr leicht abhelfen, wenn man die Lampenflamme etwas niedriger schraubt oder weiter abrückt. Auch hat man zu dem Zweck Concavspiegel von sehr kurzer Brennweite, etwa $1^3/_4$ bis 2 Zoll, gewählt (Parent), bei denen das umgekehrte als Beleuchtungsobject dienende Flammenbildchen noch vor das untersuchte Auge fällt. — Wünschenswerth ist, wie erwähnt, bei einem zur Refractionsbestimmung benutzten Ophthalmoskop, dass der Spiegel allein — ohne die dahinter befindlichen Correctionsgläser — die erforderliche Schiefstellung zur Lampenflamme einnehmen kann, ähnlich wie beim Jäger'schen Spiegel. Wadsworth hat zu dem Zwecke einen sehr kleinen schräggestellten Spiegel angewandt, der aber wegen seiner Kleinheit das Auffangen des Lichtes von der Flamme erschwert (vgl. Figur 84).

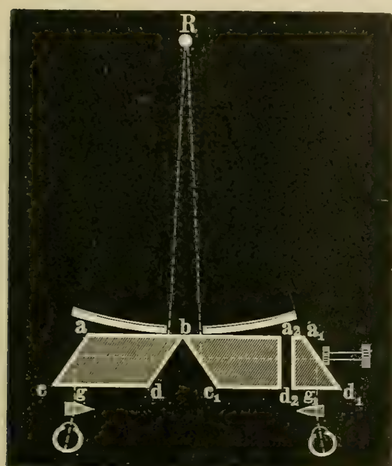
Der von mir zur Refractionsbestimmung im umgekehrten Bilde angegebene kleine Apparat wird bei der Darlegung der betreffenden Methode beschrieben werden.

II. Binoculare Augenspiegel.

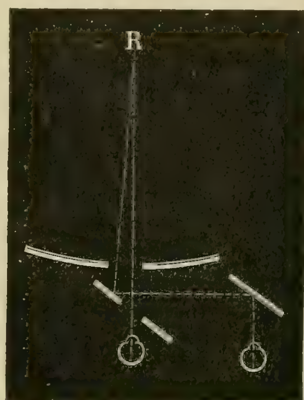
1) Giraud-Teulon benutzte bei seinem Augenspiegel, der die Beobachtung des Augenhintergrundes mit beiden Augen gestattet, das Princip der totalen Reflection. Figur 85 zeigt die Construction desselben im Querschnitt. Hinter einem etwas grossen Concavspiegel befinden sich zwei im Querschnitt rhomboedrische Glasprismen (a b c d und a_1 b c_1 d_1) so, dass sie gerade mitten hinter dem centralen Loch des Spiegels mit einer ihrer Kanten aneinander stossen. — Winkel a b d sowie Winkel a c d beträgt 45 Grad. Senkrecht oder annähernd senkrecht auf a b (respective b a_1) fallende Strahlen gehen ungebrochen durch a b, werden von d b total reflectirt, gehen nach c a, wo sie wieder total reflectirt werden und verlassen unter einem rechten Winkel (g respective g_1) das Prisma. Ist R nun das umgekehrte Bild eines beleuchteten Theiles des Augenhintergrundes (etwa

der Papille), so werden die davon ausgehenden Lichtstrahlen beide Prismen treffen und dieselben bei g und g_1 verlassen. Befinden sich die beiden Augen des Beobachters so hinter dem Spiegel, dass diese Strahlen in ihre Pupillen fallen, so sehen sie R binocular. Hierbei ist vorausgesetzt, dass die Sehlinien des Beobachters entsprechend dem Laufe der bei g und g_1 austretenden Lichtstrahlen, parallel gerichtet sind, was beim Sehen naher Gegenstände gewöhnlich nicht stattfindet. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, ist hinter den rhomboedrischen Prismen noch je ein kleineres Prisma — wie in Stereoskopen — angebracht, mit der Basis nach aussen. Indem hierdurch die Strahlen nach aussen abgelenkt werden, kann der Untersucher die, auch für die Accommodation bequemere Convergenzstellung seiner Augen beibehalten.

Da die Entfernung der Augen von einander bei verschiedenen Individuen eine verschiedene ist, so ist das rechts gelegene der beiden rhomboedrischen Prismen durchschnitten (bei a_2 d_2). Rückt man mittels einer Schraube die Theile



85.



86.

von einander ab, so wird der bei g_1 austretende Strahl etwas weiter nach rechts verschoben: es kann demnach auch ein Untersucher, dessen Pupillen weiter von einander abstehen, als in der Zeichnung angenommen, diesen Lichtstrahl aufnehmen. Neuerdings hat Giraud-Teulon eine Modification angegeben, bei der der eigentliche Spiegel fehlt, da die Lichtquelle, eine kleine Edinson'sche Lampe, direct zwischen den beiden Glas-Rhomboedern (in b der Figur 85) steht.

Der binoculare Augenspiegel hat den Vorzug, dass er eine Art körperlichen Sehens vermittelt und die Gegenstände in plastischer Form zeigt, sodass z. B. eine excavirte Papille als Grube erscheint. Hiervon kann man sich leicht überzeugen. Allerdings das Höchste des binocularen und körperlichen Sehens, wie es der Hering'sche Fallversuch (s. S. 163) erfordert, wird auch bei der Benutzung des binocularen Augenspiegels nicht erreicht.

2) Coccius legte hinter den gewöhnlichen durchbohrten Concavspiegel einen durchbohrten Planspiegel, der etwa einen Winkel von 45 Grad mit der Sehlinie des Beobachters bildete. Empfängt nun beispielsweise das linke Auge, durch diese beiden Spiegelöffnungen blickend, von dem ophthalmoskopischen Bilde R Lichtstrahlen, so sieht das rechte Auge dasselbe Bild in einem anderen

undurchbohrten Planspiegel, der im Winkel von 45 Grad dem durchbohrten Spiegel zugedreht sich befindet (Figur 86). Jedoch sehen die Augen bei dieser Anordnung nicht das Object, wie es bei dem Spiegel von Giraud-Teulon möglich ist, zugleich von der rechten und linken Seite.

3) Laurence wandte einen grösseren Spiegel mit zwei Oeffnungen an, während Schweigger vor jedes Auge einen durchbohrten Concavspiegel legte. Es eignen sich diese Methoden aber nur für die Untersuchung der vorderen Augenpartien; ebenso sind sie bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde nicht verwendbar.

III. Demonstrationsspiegel.

Diese Spiegel sollen dazu dienen, denen, welche nicht ophthalmoskopiren können, den Augenhintergrund sichtbar zu machen.

1) Das grosse Liebreich'sche Ophthalmoskop gehört hierher. An dem einen Ende einer Röhre, in einem Ausschnitt und nach der Lichtflamme zu drehbar, befindet sich ein durchbohrter Concavspiegel, durch den der Untersuchende sieht. In der Röhre ist eine verschiebbare Convexlinse; an das andere Ende der Röhre kommt das Auge des zu Untersuchenden. Oberhalb und seitlich der Röhre ist ein an einer Stange beweglicher Knopf, der so gestellt werden kann, dass, wenn der Untersuchte ihn fixirt, seine Papille sich gerade der Röhre gegenüber befindet. Der Ophthalmoskopirende muss jetzt Spiegel und Convexlinse so stellen, dass ein umgekehrtes Bild vom Augenhintergrund in der Röhre entworfen wird. Behält der Untersuchte seine Augenstellung und Accommodation bei, so werden auch Personen, die nicht ophthalmoskopiren können, das Augenspiegelbild wahrnehmen.

Besser sind die Spiegel, die gleichzeitig eine Controle des kundigen Beobachters zulassen, bei denen also zwei Beobachter zu gleicher Zeit den Augenhintergrund (im umgekehrten Bilde) sehen. Sehr empfehlenswerth ist hier der Giraud-Teulon'sche binoculare Augenspiegel. Man entfernt zu dem Zweck den Theil a_1 d_1 d_2 a_2 des rechten rhomboedrischen Prismas (siehe Figur 85). Alsdann geht der horizontale Strahl in gleicher Richtung weiter. Diesen fängt das Auge des zweiten Beobachters auf, während der erste Beobachter mit seinem rechten Auge den Lichtstrahl g erhält.

2) Ebenfalls unter Benutzung der totalen Reflection sind von Sichel und Schweigger Demonstrationsspiegel construirt. Hinter der centralen Oeffnung eines concaven Augenspiegels ist ein Glasprisma angebracht, welches die Oeffnung nur zur Hälfte deckt. Ein Theil der Strahlen des ophthalmoskopischen Bildes geht demnach ungebrochen durch die Oeffnung, während der andere Theil durch das Prisma (wie oben bei Giraud-Teulon) nach rechts abgelenkt wird, um das Auge des zweiten Beobachters zu treffen. Doch gelingt es hier nur mit ziemlicher Schwierigkeit, dass zwei Beobachter gleichzeitig das Bild sehen.

3) Peppmüller hat in seinem Ophthalmoskop vor das centrale Loch einen kleinen schräg gestellten Spiegel angebracht, welcher die Oeffnung ebenfalls nur zum Theil verdeckt, sodass die Strahlen theilweise durch dieselben gehen, zum Theil auf den kleineren Spiegel fallen und hier reflectirt werden.

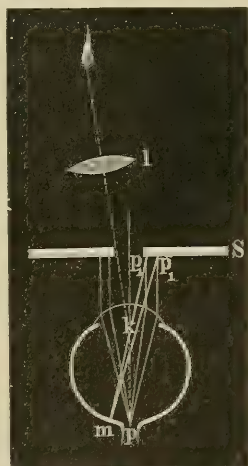
4) Neuerdings hat Thorner einen stabilen Augenspiegel mit reflexlosem Bilde construirt, der ebenfalls zu Demonstrationszwecken benutzt werden kann. Die sonst auftretenden Störungen durch Reflexe an der Cornea und Linse werden dadurch beseitigt, dass er durch eine Hälfte der Pupille die Beleuchtungsquelle

für die Netzhaut mittels eines Prismas und eines optischen Systems in das Augeninnere hinter die Linse verlegt. Die durch die andere dunkle Pupillenhälfte von der Netzhaut zurückkommenden Strahlen gelangen alsdann ohne jeden Reflex in das Auge des Beobachters, während die durch die beleuchtete Hälfte zurückkommenden unschädlich gemacht werden. Mit diesem Spiegel lässt sich ein Gesichtsfeld von 37° erreichen.

5) Sind beide Beobachter im Ophthalmoskopiren einigermaassen geübt, so gelingt auch in nachstehender Weise das gleichzeitige Sehen des ophthalmoskopischen Bildes. Beobachter A, der neben und etwas hinter dem zu beobachtenden Auge sich befindet, wirft vermittelst eines durchbohrten Augenspiegels Strahlen von einer Lichtflamme so, dass sie auf den durchbohrten planen Augenspiegel des vor dem zu Untersuchenden sitzenden Beobachters B fallen, der seinerseits dieselben in das Auge des Untersuchten wirft. Die Strahlen des ophthalmoskopischen Bildes werden nun theils durch die centrale Oeffnung des von B gehaltenen Spiegels in dessen Auge gelangen, theils von dem Spiegel reflectirt von dem Beobachter A gesehen werden. — Die Methode von Coccius-Bellarminoff s. S. 172.

IV. Spiegel zur Autophthalmoskopie.

Um sich selbst zu ophthalmoskopiren, sind verschiedene Methoden und Instrumente erdacht. Nach Coccius erweitert man sich die Pupille durch Atropin oder Homatropin, um zugleich die Accommodation zu lähmen. Der Emmetrop ist alsdann für parallele Strahlen eingerichtet, der Myop oder Hyperop muss seine Refractionsanomalie durch Vorlegen des entsprechenden Glases corrigiren. Nunmehr wird der plane Augenspiegel (siehe Figur 87), die spiegelnde Fläche dem Auge zugekehrt, schräg vor dasselbe gehalten. Die Sehlinie (m k) wird auf den Rand der Spiegelöffnung gerichtet. Durch letztere dringt von einer Lampe, am besten noch durch eine Convexlinse (l) condensirt, Licht in die Pupille. Bei passender Stellung des Auges kann man es dann erreichen, dass die einfallenden Lichtstrahlen gerade die Papilla optica (p) erleuchten. Die von dieser ausgehenden Strahlen verlassen parallel p k und unter einander parallel das Auge, fallen auf die Spiegelfläche bei p_1, wo sie reflectirt werden, gehen in das Auge zurück und vereinigen sich auf der Macula. In dieser Weise sieht der Ophthalmoskopiker seine eigene Papille.



87.

Eine andere complicirtere Methode mittels Prismen hat Heymann angegeben. Das Instrument hat die Gestalt eines binocularen Opernguckers. Durch geschickte Benutzung eines schräg gestellten durchbohrten Planspiegels, der am Ende der einen Röhre, und eines total reflectirenden Prismas, das am Ende der anderen Röhre sich befindet, gelingt es, mit dem zweiten Auge den Hintergrund des ersten zu sehen.

Heine hat neuerdings eine Methode der Autophthalmoskopie im umgekehrten Bilde erdacht. Zwischen der Lichtflamme und dem linken Auge, dieses beschattend, wird in senkrechter Stellung ein kleiner Toilettenspiegel vorgehalten. Vor dem rechten Auge befindet sich der Liebreich'sche Augenspiegel, mittels

dessen das Licht so auf den Planspiegel geworfen wird, dass es von dort reflectirt in die Pupille des linken Auges fällt. Das von der Netzhaut des letzteren reflectirte Licht wird durch eine vorgehaltene Convex-Linse 13·0 zu einem umgekehrten Bilde gesammelt, welches das rechte Auge im Planspiegel wahrnimmt.

Die Frage, welcher Augenspiegel wohl der praktischste sei, lässt sich, allgemein gehalten, nicht beantworten, da für die verschiedenen Zwecke die verschiedenen Spiegel mehr oder minder geeignet sein werden. Für die Untersuchung im aufrechten Bilde pflegt man, um eine möglichst weite Pupille zu erhalten, lichtschwächere Spiegel (Planspiegel) zu wählen. Manche lieben sie auch bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde. Jedoch ziehe ich hier die Concavspiegel vor, weil sie eine erheblich hellere Beleuchtung geben; letztere ist von besonderem Nutzen (— auch bei der Untersuchung im aufrechten Bilde —), wenn man bei Trübungen der optischen Medien ein Bild des Augenhintergrundes erhalten will. Die zuweilen übermässig betonten Nachtheile der stärkeren Beleuchtung (Verengerung der Pupille, Blendung) lassen sich durch entsprechende Abschwächung der Lichtquelle (Lampenflamme, electrische matte Birnengläser) vermeiden. Wer demnach nicht in der Lage ist, sich einen der ziemlich theuren Refractionsaugenspiegel anzuschaffen, wird meist mit dem kleinen Liebreich'schen oder Coccius'schen auskommen. Genaue ophthalmoskopische Refractionsbestimmungen lassen sich allerdings nicht damit machen, ausser unter Benutzung meiner Methode im umgekehrten Bilde.

3. Beleuchtungsquelle.

Für gewöhnlich nimmt man zum Ophthalmoskopiren eine mit Cylinder versehene Oel-, Petroleum-, Gas- oder electrische Lampe. Diese Flammen geben dem Augenhintergrunde je nach der Farbe ihres Lichts, eine gewisse Nuance, die bei lichtstarken Spiegeln etwas mehr hervortritt als bei lichtschwachen. Man hat deshalb auch diffuses Tageslicht zum Ophthalmoskopiren benutzt, das eine sehr lichtschwache Beleuchtung des Augenhintergrundes giebt und von einigen Autoren empfohlen wird, um kleinere pathologische Farbenveränderungen (z. B. die leichte Blässe der Papille bei beginnender Sehnervenatrophie) zu erkennen. Ich kann nicht finden, dass das Tageslicht hier von besonderem Nutzen ist. Da der ganze Augenhintergrund gleichmässig in einem blasseren Lichte erscheint, so wird natürlich auch die Papille blasser. Eine stärkere Differenzirung aber in der Farbe zwischen einer normal röthlichen und einer leicht atrophischen durch diese Beleuchtung habe ich nicht wahr-

genommen. Will man bei Tageslicht ophthalmoskopiren, so lässt man in das sonst dunkle Zimmer das Licht durch eine kleine Oeffnung im Fensterladen einfallen. Der zu Untersuchende steht oder sitzt dicht neben der Oeffnung. — Im Uebrigen ist auch das diffuse Tageslicht in der Regel nicht absolut farblos, da es von den reflectirenden Flächen, von denen es entnommen wird, eine gewisse Färbung erhält. Selbst das Licht der Wolken hat verschiedene Färbung. Directes Sonnenlicht darf man natürlich nicht benutzen, da sonst eine Verbrennung der Netzhaut eintreten würde.

4. Praktische Ausführung der Augenspiegel-Untersuchung.

In einem dunklen Zimmer stellt man eine brennende Lampe nur mit einem Cylinder versehen, auf einen Tisch zur Seite und etwas hinter den Kopf des zu Untersuchenden, sodass dessen Gesicht im Schatten bleibt. Bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde empfiehlt es sich, die Lampe zur linken Seite des Untersuchten zu stellen, um sich nicht etwa durch die linke, die Convexlinse tragende Hand das Licht abzuschneiden, falls man den Spiegel vor seinem eigenen rechten Auge hält. Für die Untersuchung im aufrechten Bilde ist es, wenn das rechte Auge untersucht wird, etwas bequemer, die Lampe rechts zu stellen. Die Flamme der Lampe muss möglichst in gleicher Höhe mit dem Auge des sitzenden Patienten sich befinden. Es ist daher angenehm, eine bezügliche Einrichtung zum Herauf- und Herunterstellen an der Lampe zu haben. In den meisten Fällen wird sich ein Rundbrenner mehr empfehlen als ein Flachbrenner, da sich der Augenspiegel gelegentlich in verschiedenen Richtungen der Flamme gegenüber befindet und von ihr Licht entnehmen muss. Der Arzt setzt sich dem Kranken gegenüber und so, dass die Stühle ziemlich nahe aneinander kommen. Dies erreicht man, indem man die Beine des Anderen zwischen die eigenen nimmt, oder auch, indem Arzt und Patient die Beine nach entgegengesetzten Seiten richten. Das Auge des Beobachters und das des zu Untersuchenden müssen möglichst in einer horizontalen Ebene sich befinden (siehe Figur 88).

Vortheilhaft ist es, wenn man es erreicht, mit beiden Augen ophthalmoskopiren zu können: der Anfänger wird sich aber begnügen, nur erst mit einem Auge etwas zu sehen.

Den Spiegel nimmt man, wenn man mit dem rechten Auge — wie wohl meist geschieht — ophthalmoskopirt, in die rechte Hand, andernfalls in die linke und hält ihn, den oberen Rand desselben dem oberen Orbitalrand anlegend, dicht vor sein eigenes Auge, indem man durch die Oeffnung hindurchsieht. Darauf wirft man durch leichte Schräg-

stellung des Spiegels das Lampenlicht in die Pupille des zu Untersuchenden. Es gelingt dies zuerst nicht immer leicht. Der Anfänger mag alsdann mit dem freien Auge sehen, wo das bei der jeweiligen Haltung des Spiegels entworfene Lichtbild sich befindet und nun durch Drehen des Spiegels es allmählich in die Pupille leiten. Wenn er nunmehr das freie Auge schliesst, so wird er, durch die Spiegelöffnung blickend, die Pupille roth leuchten sehen: damit ist der erste Anfang zum Ophthalmoskopiren gewonnen.

Manchen Personen wird das Zukneifen des einen Auges schwer: sie erlernen es erst durch längere Uebung. Diese müssen sich eventuell



88.

eine Klappe vor dasselbe legen. Noch besser ist es, ohne Schliessen des zweiten Auges zu ophthalmoskopiren, wenn man es eben versteht, von den dieses Auge treffenden Eindrücken zu abstrahiren.

Zur Untersuchung, ob Trübungen in den brechenden Medien vorhanden sind, heisst man nun den Patienten sein Auge einige Male nach oben und unten, rechts und links bewegen. Bei vorhandenen Trübungen, seien es Hornhautflecke, Pupillar-Auflagerungen, Linsen- oder Glaskörpertrübungen, treten alsdann graue oder schwarze Flecke in dem Roth der Pupille hervor: bewegen sich diese Flecke in gleicher Richtung wie die Hornhaut des Auges, so liegen sie vor dem Drehpunkt des Auges. Man lasse sich aber bezüglich der Richtung nicht dadurch täuschen, dass die Bewegungen der Linsentrübungen weniger ausgiebig

erfolgen, als die der Hornhaut. Noch in anderer Weise kann man ophthalmoskopisch die Lage der Trübung bestimmen, indem man, während das beobachtete Auge still steht, Spiegel und eignes Auge seitwärts bewegt. Die im Pupillengebiet liegenden Trübungen behalten jetzt ihre frühere Lage, die vor demselben (z. B. in der Hornhaut) befindlichen machen hingegen scheinbar eine der eigenen Augenbewegung entgegengesetzte Bewegung, die hinter der Pupillen-Ebene liegenden eine gleichartige. Am einfachsten giebt übrigens die Untersuchung mit schiefer Beleuchtung Auskunft über die Lage der in den vorderen Partien des Auges befindlichen Trübungen.

Die Untersuchung des Augenhintergrundes pflegt man mit der des Sehnerveneintritts (Papilla nervi optici) zu beginnen, einmal, weil sich an diesem und in seiner Umgebung die meisten Krankheitsprocesse abspielen und weiter auch, weil er durch seine hellere Färbung mit dem intensiven Roth des übrigen Augenhintergrundes stark contrastirt und so einen für die erste Accommodation des untersuchenden Auges geeigneten Anhaltspunkt gewährt. Der Sehnerv tritt etwas nasal vom hinteren Pole des Auges durch die Sclera. Will man ihn daher bei der Augenspiegeluntersuchung sich vis-à-vis haben, so darf der Patient nicht in die Richtung des Spiegels blicken — alsdann hätte man die Macula lutea vor sich — sondern muss das Auge etwas nasenwärts wenden. Im Ganzen wird man die passende Stellung bekommen, wenn man, falls das linke Auge des Kranken vom rechten des Beobachters ophthalmoskopirt wird und beide Gesichter sich gerade gegenüber befinden, den Kranken anweist, in der Richtung nach dem linken Ohr des Beobachters hin — in der Höhe der Augen — zu blicken. Will der Beobachter das rechte Auge des Kranken ebenfalls mit seinem rechten Auge ophthalmoskopiren, so muss er mit seinem Kopfe etwas nach links herüber rücken. Die Blickrichtung des Kranken wird demnach etwas nach aussen vom rechten Ohre des Beobachters verlaufen müssen.

Dem Anfänger ist es eine grosse Erleichterung, die Papille sofort sich gegenüber zu haben: mit der eben erwähnten Blickdirection des zu Untersuchenden wird ihm dies gelingen; nur achte er darauf, dass letzterer wirklich die befohlene Richtung einnimmt und beibehält. Viele Patienten blicken immer wieder neugierig in den Spiegel. Das Engerwerden der Pupille und die zahlreichen Reflexe können den Untersucher auf diese Stellungsänderung aufmerksam machen. Hat man bei schlechter Augenstellung nicht die Papille vor sich, sondern andere Netzhautpartien, so kann man zu ersterer gelangen, wenn man die sichtbaren Netzhautgefässe in ihrem Verlauf verfolgt und zwar von den dichotomischen Verästelungen sich entfernend dem immer stärker werdenden Hauptaste zu, bis zu seinem Anfange, der in der Papille liegt. —

Um die Pupille des Untersuchten möglichst zu erweitern und bei der ophthalmoskopischen Untersuchung die Accommodation desselben zu erschlaffen, lasse man ihn (in der bezeichneten Richtung) in die Ferne, in das Dunkle des Zimmers hineinblicken, nicht etwa das Ohr selbst fixiren. Auch das Verdecken des anderen Auges kann zur Pupillenerweiterung benutzt werden.

Für gewöhnlich bedarf es keiner künstlichen Dilatation. Wenn jedoch die Pupille eng ist und die Medien des Auges weniger durchsichtig sind, wie besonders bei älteren Individuen, oder wenn es darauf ankommt, peripher gelegene Theile der Linse oder des Augenhintergrundes zu untersuchen — es kann bei erweiterter Pupille noch eben die Grenze des Ciliarkörpers ophthalmoskopisch gesehen werden (Magnus) —, hat man dazu zu schreiten. Man bedient sich zur Erreichung der Mydriasis vortheilhaft der oben unter den Mydriaticis erwähnten Lösungen von Ephedrin und Euphthalmin: in 25 bis 30 Minuten ist meist eine zum Ophthalmoskopiren genügende Erweiterung erreicht. Bei älteren Individuen bedarf es wiederholter Einträufelungen. Ist Verdacht auf Glaukom vorhanden, so muss man mit mydriatischen Mitteln vorsichtig sein, jedenfalls Atropin vermeiden, da der Ausbruch eines acuten Glaukomanfalles unmittelbar danach erfolgen kann. Am wenigsten gefährlich erscheint hier Cocain.

Bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde — ebenso wenn man nur die vorderen Augenpartien oder den Glaskörper durchmustern will — bleibt man mit dem Spiegel weiter von dem untersuchten Auge entfernt (etwa 35 bis 45 cm) als bei der Untersuchung im aufrechten Bilde. Als Convexlinse zur Entfernung des umgekehrten Bildes empfiehlt sich meist 13·0: hiermit hat man eine entsprechende Vergrösserung und braucht doch die Linse nicht gar zu weit vom Auge abzuhalten. Bei starker Hypermetropie, bei Netzhautablösungen, bei Untersuchung auf Cysticerken oder wenn man einen grösseren Theil des Augenhintergrundes auf einmal übersehen will, sind stärkere Linsen (20·0 bis 25·0) angezeigt. Die Convexlinse hält man so vor das zu untersuchende Auge, dass man sie, falls sie keinen Griff hat, zwischen dem am oberen Rande angelegten Zeigefinger und dem am unteren Rande befindlichen Daumen der linken Hand fasst und den kleinen Finger der gespreizten Hand an die Stirne des Untersuchten legt. Auf diese Weise kann man die Linse dem Auge nähern und von ihm entfernen. Pupille, Linsencentrum und Augenspiegelöffnung müssen möglichst in einer horizontalen Linie sich befinden. Die Linse soll so weit von der Pupille entfernt gehalten werden, dass ihr Brennpunkt ungefähr in letztere fällt. Wenn man sie dem Auge näher hält, so ist die rothleuchtende Pupille vom Irisrand umglänzt. In diesem Falle geht man

langsam weiter ab, bis die Iris ganz aus dem Gesichtsfelde schwindet und hat dann die richtige Entfernung. Mit seinem eigenen Auge und dem Augenspiegel muss man von der Linse so weit entfernt sein, dass man ausreichend auf das zwischen Linse und Spiegel in der Luft schwebende umgekehrte Bild des Augenhintergrundes accommodiren kann. Untersuchen wir ein emmetropisches Auge mit 13·0, so wird das umgekehrte Bild $^1/_{13}$ m = $7^9/_{13}$ cm von der Linse abliegen. Wenn wir die bequeme Sehweite auf 25 cm annehmen, so muss demnach der Augenspiegel und das Auge des Untersuchers circa 33 cm von der Linse entfernt sein. Ist Jemand so kurzsichtig, dass er in 25 cm Entfernung nicht mehr deutlich sehen kann, so nähert er sich mit dem Spiegel so weit als es ihm nöthig erscheint. Für Kurzsichtige, die gewöhnt sind, beständig, also auch für die Beschäftigungen in der Nähe, Brillen zu tragen, empfiehlt es sich, selbige auch beim Ophthalmoskopiren aufzubehalten. Für Uebersichtige ist ein entsprechendes Zurückgehen mit dem Spiegel erforderlich, oder die Benutzung einer Convexlinse, welche hinter den Spiegel gelegt wird. Dasselbe gilt für Presbyopen. Auch Emmetropen und Myopen können sich gelegentlich hinter den Spiegel gelegter Convexgläser bedienen, um ihren Accommodationsmuskel zu schonen und sich gleichzeitig auch — bei stärkeren Gläsern — das Bild zu vergrössern. Dem Anfänger ist aber die Benutzung der Convexgläser, wenn sie nur aus diesen Gründen geschieht, nicht zu rathen; er kommt dadurch in ungewohnte Accommodationsverhältnisse, die ihm das Ophthalmoskopiren nur noch mehr erschweren.

Die erste Regel ist nun, nicht durch das vorgehaltene Convexglas hindurch sehen zu wollen, sondern das Auge auf das zwischen ihm und dem Convexglase befindliche Luftbild zu accommodiren. Als gute Uebung hierfür dient es, wenn man sich von einer vertical neben eine Flamme gestellten Schrift mit convex 13·0 ein umgekehrtes Bild entwirft, indem man die Schrift gleichzeitig mit dem Augenspiegel beleuchtet: also mit der Schrift ganz so wie bei der ophthalmoskopischen Untersuchung des Augenhintergrundes verfährt. Weiter ist auch das Ophthalmoskopiren von Thieren, besonders Kaninchen, dem Anfänger zu empfehlen. Bei dunkelhaarigen Kaninchen sieht man im Augenhintergrunde hellrothe Streifen auf dunklerem Grunde: es sind dies die Chorioidealgefässe. Bei weissen Kaninchen erscheinen die Gefässe roth auf hellerem Grunde, da wegen des Pigmentmangels der Chorioidea die Sclera durchscheint. Die Netzhautgefässe sind bei Kaninchen sehr sparsam vorhanden und nur in der Nähe der Papille ausreichend hervortretend. Will man die Papilla optica sehen, so muss man von unten und etwas von hinten in das Auge hineinblicken. Man findet die betreffende Stelle am leichtesten, wenn man erst mit dem Augen-

spiegel — ohne Convexglas — Licht in die Pupille wirft und, sich hin und her mit dem Kopfe bewegend, die Stelle aufsucht, an der man keinen rothen, sondern einen mehr weisslichen Reflex sieht. Hält man nunmehr das Convexglas vor, so erkennt man die bläulichweisse, hier auch physiologisch vertiefte (excavirte) Papille, von der aus sich, besonders bei pigmentirten Kaninchen, leicht gestreifte, hellweisse, sectorenförmige Figuren in die Netzhaut erstrecken. Letztere sind der optische Ausdruck der hier verlaufenden markhaltigen Nervenfasern. Im aufrechten Bilde sind auch die Augen der Frösche leicht zu untersuchen, besonders interessant ist die Beobachtung der Blutströmung in den Gefässen der Membr. hyaloidea. —

Eine weitere Schwierigkeit ausser der richtigen Augeneinstellung verursachen oft Lichtreflexe an der Cornea und an der Convexlinse. Man kann letztere verringern, wenn man das Glas etwas um seine horizontale oder verticale Achse dreht. Auch Verringerung der Lichtintensität oder weiteres Abgehen mit dem Spiegel mindert sie. Das von der Hornhaut entworfene Spiegelbild des Ophthalmoskops, das der Untersuchende bisweilen als eine glänzende kleine Scheibe mit einem schwarzen Punkt (Sehloch) in der Mitte sieht, wird von Anfängern manchmal für die Papilla optica gehalten.

Ferner ist störend, dass das ophthalmoskopische Gesichtsfeld bisweilen nur in kleiner Ausdehnung beleuchtet ist, indem ein ziemlich scharfes umgekehrtes Flammenbild in der Gestalt eines hellerleuchteten Dreiecks mit nach oben liegender Basis auf der Netzhaut entworfen wird. Nur was in dieser erleuchteten Partie liegt, ist alsdann erkennbar. Die Schärfe, mit der sich das Flammenbild auf der Netzhaut abzeichnet, hängt von der Brennweite des Spiegels, von der Entfernung, in der sich dieser vom Auge respective der Convexlinse befindet, und schliesslich von der Refraction des untersuchten Auges ab. Es ist am schärfsten, wenn der conjugirte Punkt des als Beleuchtungsquelle dienenden Flammenbildchens in der Netzhaut liegt. Tritt in einem gegebenen Falle das Flammenbild auf der Netzhaut sehr scharf hervor, so geht man, um diesen Uebelstand zu vermeiden, mit dem Spiegel etwas weiter vom Auge ab oder näher heran. Im Ganzen pflegen bei den üblichen Entfernungen, wie sie bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde innegehalten werden, schwache Concav- oder Planspiegel grössere Zerstreuungskreise des Flammenbildes und somit eine diffusere Beleuchtung der Netzhaut zu geben. Bei guter Beleuchtung und mittelweiter Pupille übersieht man mit + 13·0 die ganze Papilla optica und eine angrenzende Zone von einer Breite, die etwa dem halben Papillendurchmesser entspricht.

Bei der Untersuchung im aufrechten Bilde muss man mit

dem Spiegel auf 5 bis 6 cm an das zu untersuchende Auge herangehen: eine Annäherung, vor der die Anfänger gewöhnlich zurückschrecken. Ferner ist es schwer, in dieser Nähe noch das Licht von der Lichtflamme zu erhalten und in die Pupille zu reflectiren. Man thut daher gut, die Ophthalmoskopirlampe etwas weiter nach vorn und mehr zur Seite zu rücken als bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde. Alsdann beginnt man damit, aus einer Entfernung von etwa 20 cm das Licht in das zu untersuchende Auge zu werfen, und geht nun näher, indem man beständig durch die Spiegelöffnung blickt und darauf achtet, dass die Pupille roth leuchtend bleibt, was man durch entsprechende leichte Drehungen des Spiegels erreicht.

Besonders die Untersuchung im aufrechten Bilde wird sehr erleichtert, wenn man das rechte Auge des Kranken mit dem eigenen rechten und das linke mit dem eigenen linken untersucht. Benutzt man das rechte Auge zur Untersuchung des linken, so wird bei der starken Annäherung oft die Nase unbequem.

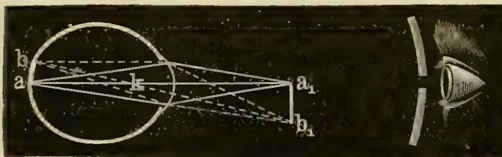
Das Auffinden der Papilla optica geschieht nach den oben gegebenen Regeln; wegen der stärkeren Vergrösserung bei der Untersuchung im aufrechten Bilde gelingt es bei enger Pupille nicht immer, die ganze Papille mit einem Blicke zu übersehen.

Während der Emmetrop die ophthalmoskopische Untersuchung im aufrechten Bilde ohne Correctionsgläser (hinter dem Spiegel) beginnen soll, hat der Kurzsichtige und Uebersichtige seine Ametropie durch die entsprechenden Gläser voll zu corrigiren. So wird der Untersucher im Stande sein, den Augenhintergrund eines emmetropischen Patienten scharf zu sehen, da von diesem parallele Strahlen kommen, welche von dem Untersucher zu einem deutlichen Bilde auf seiner Netzhaut vereinigt werden können. Jedoch ist der Anfänger hierzu häufig nicht im Stande, weil er unwillkürlich accommodirt, sich also für divergirende Strahlen einrichtet. Um dies zu vermeiden, thut man gut, das zweite Auge offen zu halten mit der Tendenz, vor sich hin zu starren oder zu divergiren. Manchen gelingt die Accommodationserschlaffung überhaupt nicht: diese müssen alsdann durch Concavgläser (etwa 3·0 bis 4·0) die bei der Untersuchung eintretende Accommodationsspannung ausgleichen.

Ist der zu Untersuchende Myop, so bedarf der Untersucher ebenfalls der Concavgläser, ist der zu Untersuchende Hyperop hingegen der Convexgläser.

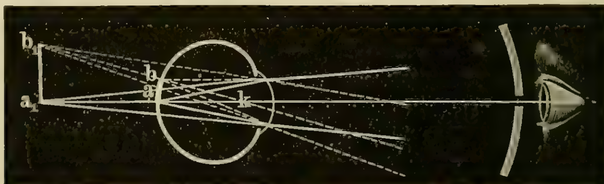
Wenn es sich einfach um Wahrnehmung des Augenhintergrundes eines Myopen im aufrechten Bilde handelt, so braucht das benutzte Concavglas nicht immer dem Grade der Myopie des Patienten zu entsprechen; es darf stärker sein, da der Untersucher alsdann durch

eigene Accommodation die zu starke Zerstreuungskraft der Concavlinse ausgleicht. Man kann demnach mit verhältnissmässig wenigen Gläsern auskommen. Die höchsten Grade der Myopie lassen sich nicht im aufrechten Bilde untersuchen, da die von dem Augenhintergrunde eines solchen Myopen kommenden Strahlen sich dicht vor dem Auge bereits zu einem umgekehrten Bilde des Augenhintergrundes vereinen. Bei Myopie 20·0 D beispielsweise liegt der Fernpunkt des Auges in 5 cm. Alle vom beleuchteten Augenhintergrunde (ab Figur 89) reflectirten Strahlen werden sich demnach hier (a_1 b_1) vereinen: es entsteht ein in der Luft schwebendes Bild. Ist die Myopie noch stärker, so liegt das Bild noch näher. Bei der Augenspiegeluntersuchung sind wir aber nicht in der Lage, so nahe an das Auge heranzugehen: wir erhalten demnach in diesen Fällen keine directen Lichtstrahlen vom Augenhintergrunde mehr, sondern nur von dem umgekehrten reellen in der Luft schwebenden Bilde desselben. Man kann dieses Bild bei hochgradigen Myopen, wenn man einfach mit dem Spiegel Licht in das Auge wirft, oft schon aus grösserer Entfernung sehen.



89.

Ist der zu Untersuchende Hypermetrop, so muss der emmetropische Untersucher, falls er nicht accommodirt, corrigirende Convexgläser hinter den Spiegel legen. Besitzt er aber eine genügend gute Accommodation,



90.

so bedarf er derselben nicht. Da der Anfänger, wie bemerkt, in der Regel accommodirt, so gelingt es ihm besonders leicht, den Augenhintergrund des höhergradigen Hyperopen im aufrechten Bilde zu sehen (Figur 90).

Wie diese aus etwas grösserer Entfernung bereits erkennbaren Bilder des Augenhintergrundes — das umgekehrte des hochgradigen Myopen und das aufrechte des Hyperopen — von einander unterschieden werden können, wird bei der Besprechung der ophthalmoskopischen Refractionsbestimmung angegeben werden.

5. Focale Beleuchtung (seitliche Beleuchtung).

Zur focalen Beleuchtung benutzt man eine starke Convexlinse, die das Flammenlicht auf die zu untersuchenden Partien des Auges concentrirt. Es ist diese Methode zu physiologischen Zwecken von Purkinje angewandt, zu augenärztlichen von Sanson und Himly zuerst empfohlen worden. Man benutzt möglichst starke Linsen (+ 25·0 bis + 20·0). In einem dunkeln Zimmer wird der Patient (ebenso wie beim Ophthalmoskopiren) neben einen Tisch gesetzt. Die Lampe steht zu seiner linken Seite, aber jetzt vor seinem Kopfe, sodass das Lampenlicht durch die vor das Auge gehaltene Convexlinse in gerader Linie auf die zu untersuchenden Theile fällt. Oefter sieht man, dass die Lampe ganz auf die Seite (neben oder gar hinter das Auge) gestellt wird; der Untersucher bemüht sich dann vergebens, Hornhaut oder Iris durch die Convexlinse zu beleuchten. Sehr bequem ist die Pristley Smith'sche Lampe: ein oben offener Metallcylinder trägt in der Mitte eine kleine Kerze, deren Licht durch zwei der Wand an gegenüberliegenden Seiten eingefügte Convexlinsen verschiedener Stärke concentrirt wird.

Nicht immer wirft man das Flammenbildchen direct auf die zu inspicirenden Gewebe: oft erkennt man die Veränderungen besser, wenn nur ein Zerstreuungskreis die Stelle trifft, oder auch wenn sie im Halbschatten liegt, man also die Strahlen sehr schief oder schräg auf das Auge fallen lässt. Das Verfahren muss eifrig geübt werden, falls man aus ihm den grösstmöglichsten Nutzen für die Diagnose ziehen will. Wir verwenden es, wenn es sich um Trübungen und Veränderungen in Hornhaut, vorderer Kammer, Iris, Linse und den vordersten Glaskörperpartien handelt. Von Nutzen ist in vielen Fällen die gleichzeitige Anwendung einer Lupe, um feinere Details zu erkennen. Die neuerdings verbesserte binoculare Lupe von Westien-Zehender, welche eine etwa zehnfache Vergrösserung giebt, ein grosses Gesichtsfeld und einen weiten Focusabstand hat, ist besonders empfehlenswerth. Das Objectiv der Lupe besteht aus zwei Prismen, die in der senkrechten Mittellinie mit der Kante zusammenstossen; die einfallenden Strahlen werden hierdurch soweit nach rechts und nach links abgelenkt, dass sie durch die schräglaufenden Ocular-Röhren in beide Augen fallen.

Durch Benutzung zweier Mikroskope, für jedes Auge eines, hat Czapski bei seinem binocularen Corneamikroskope den stereoskopischen Effect noch vergrössert und auch die Möglichkeit verschiedener Vergrösserungen (9 bis 63fache) durch Wechsel der Oculare und Ojective gegeben; auch ist die am Instrumente selbst angebrachte Beleuchtungsquelle bequemer.

6. Refractionsbestimmungen mittels des Augenspiegels.

Bereits Helmholtz wies darauf hin, dass der Augenspiegel auch angewandt werden könne, um Kurzsichtigkeit und Weitsichtigkeit objectiv zu erkennen. Der Nutzen einer solchen objectiven Refractionsbestimmung ist ein vielfacher. Sie sichert den Arzt gegen absichtlich falsche Angaben, wie sie bei Simulanten vorkommen, und corrigirt solche, die aus Unkenntniss mangelhaft und fehlerhaft gemacht werden. Auch giebt es nicht selten Fälle, wo es bei sehr jungen und zu maassgebenden Aeusserungen unbefähigten Kindern erwünscht ist, die Refraction festzustellen. Weiter erkennt man mit dem Augenspiegel etwa vorhandene latente Hypermetropie und die nicht selten mit Myopie verknüpfte abnorme Accommodationsspannung, welche bei der Prüfung mit Gläsern und Sehproben nicht offenbar wird. Besonders Mauthner hat betont, dass bei der ophthalmoskopischen Untersuchung das untersuchte Auge seine Accommodation vollkommen erschlafft und damit seine wahre Refraction zu Tage treten lässt; allerdings bedarf es gewisser Vorsichtsmaassregeln. Wendet man diese an, so wird es, wie jeder Ophthalmologe bestätigen kann, nur selten vorkommen, dass der Untersuchte darauf beharrt, seine Accommodation anzuspannen. Vor allem muss man dem Patienten einschärfen, in die Ferne zu blicken, indem man ihm zugleich die entsprechende Richtung angiebt, um sich die Papille gegenüber zu bringen. Man verlangt von ihm, vor sich hin zu starren, gleichsam „als wenn er träume“, und nichts Bestimmtes zu fixiren. Diese Mahnungen müssen wiederholt werden, wenn trotz alledem von Neuem eine Neigung zum Accommodiren sich zeigen sollte; man kann dies meist an dem Engerwerden der Pupille bemerken. Am besten ist es in einem grossen Zimmer mit vollkommen dunklem Hintergrunde zu untersuchen, da hier am wenigsten ein Anlass zum Fixiren und Accommodiren gegeben ist. Selten nur bedarf es zur Ausschliessung der Accommodation der Einträufelungen von Homatropin.

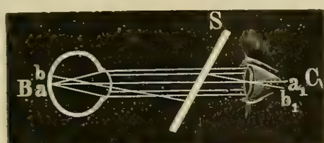
Zu einer genauen Refractionsbestimmung kann man sowohl das aufrechte, als das umgekehrte Bild benutzen.

A. Refractionsbestimmung im aufrechten Bilde. Wenn wir uns an die oben erörterten optischen Bedingungen erinnern, die uns in den Stand setzen, im aufrechten Bilde den Augenhintergrund im Detail zu erkennen, so finden wir auch darin die Mittel, die genaue Refraction des untersuchten Auges zu bestimmen. Gehen wir davon aus, dass der Untersuchende Emmetrop ist und seine Accommodation so völlig erschlafft hat, dass sich in seinem Auge parallel einfallende Strahlen zu einem deutlichen Bilde vereinen. Die Accommodationserschlaffung kann durch Homatropin erreicht werden; jedoch kommen durch Uebung die meisten

Ophthalmoskopiker dazu, diese Accommodationsabspannung wenigstens in einem solchen Maasse, dass keine zu erheblichen Fehler daraus erwachsen, beim Ophthalmoskopiren zu erreichen.

Das Offenlassen des anderen Auges (ein krampfhaftes Zukneifen veranlasst meist eine gewisse Accommodationsspannung), besonders das Bemühen, mit demselben *nach Aussen* zu sehen, ist anzurathen: die erstrebte Divergenz der Augenachsen erleichtert, entgegengesetzt der Convergenz, die Aufhebung der Accommodationsspannung. Kann trotz alledem keine *vollkommene* Abspannung erreicht werden, so gelingt es bisweilen, wenn eben dieser Rest von Accommodation stets derselbe bleibt, durch das ausgleichende Concavglas die Einstellung für parallele Strahlen zu ermöglichen. Der Untersucher ist dann gleichsam als Myop zu betrachten: um keine Fehler in das Untersuchungsresultat zu bringen, muss das corrigirende Concavglas bei der ophthalmoskopischen Bestimmung der Refraction des Untersuchten ausser Rechnung bleiben.

Ist der Untersucher Myop oder Hypermetrop, so muss seine Ametropie durch die entsprechenden Gläser bei der ophthalmoskopischen



91.



92.

Refractionsbestimmung voll corrigiren, er wird alsdann — immer vollkommene Accommodationserschlaffung vorausgesetzt — ebenso wie der Emmetrop für parallele Strahlen eingerichtet sein.

Da wir bei dem zu Ophthalmoskopirenden (B) eine volle Accommodationserschlaffung (wie oben ausgeführt, in der Regel mit Recht) voraussetzen können, so kommt es jetzt nur noch darauf an, festzustellen, ob die aus seinem Augenhintergrunde kommenden Strahlen parallel, convergirend oder divergirend das Auge verlassen: und weiter den Punkt, auf den sie divergiren oder convergiren, um damit den Fernpunkt (bezw. die Refraction) von B zu kennen.

Ist das zu untersuchende Auge emmetropisch und durch hineingeworfenes Licht die Netzhaut beleuchtet, so werden die von dort ausgehenden Strahlen parallel das Auge B verlassen und parallel in das ophthalmoskopirende Auge C fallen, wo sie sich auf der Netzhaut zu einem scharfen Bilde vereinen (Figur 91). Erhält das, wie oben ausgeführt, auf parallele Strahlen eingestellte Auge C des Untersuchenden demnach ein scharfes Bild des Augenhintergrundes von B (ohne weiteres Hinzufügen von corrigirenden Gläsern), so ist B emmetropisch.

Das hypermetropische Auge (B) (Figur 92) ist für convergente Strahlen eingerichtet, die es gerade auf seiner Netzhaut vereinigt. Strahlen, die von seinem Augenhintergrund reflectirt werden, verlassen in gleicher Richtung das Auge, d. h. sie werden in das gegenüber befindliche Auge C divergent fallen. Da dieses nur für parallele Strahlen eingerichtet ist, erscheint der Augenhintergrund des Hypermetropen unklar und verschwommen. Deutlich und scharf wird das Bild, wenn hinter den Spiegel ein Convexglas gelegt wird, welches die Strahlen parallel macht. Die Brechkraft dieses Glases giebt dann die Grundlage zur Bestimmung des Grades der Hyperopie des Auges B. Wenn wir uns mit dem Augenspiegel und dem Convexglase dicht an der Hornhaut des Auges B befänden, so würde das Glas direct den Grad der Hyperopie von B ausdrücken. Handelt es sich in diesem Falle z. B. um convex $^1/_{20}$, so wäre der Fernpunkt des betreffenden hyperopischen Auges ein negativer und zwar 20 Zoll hinter dem Glase und hinter der Hornhaut des Auges gelegen (H. $^1/_{20}$). Befindet sich hingegen dasselbe Glas 2 Zoll vor der Hornhaut des Auges, während wir den Hintergrund scharf sehen, so ist der Untersuchte eingerichtet auf Strahlen, die sich hinter seiner Hornhaut in einer Entfernung von 20—2 Zoll vereinigen, d. h. sein negativer Fernpunkt liegt in 18 Zoll; es besteht H $^1/_{18}$.



93.

Da bei der Augenspiegeluntersuchung der Spiegel und das corrigirende Glas immer in einer gewissen Entfernung von dem untersuchten Auge bleiben, so werden wir diese Entfernung messen und bei der Refractionsbestimmung in Anschlag bringen müssen, indem wir sie (in unserem Beispiel: 2 Zoll) abziehen von der Brennweite (in unserem Beispiel: 20 Zoll) des ophthalmoskopisch bestcorrigirenden Convexglases. Die Brechkraft des so gefundenen Convexglases (also $^1/_{18}$ hier) drückt den Grad der Hypermetropie von B aus. —

Das myopische Auge ist für divergente Strahlen eingerichtet. Der Untersuchende wird also um den Augenhintergrund zu sehen, ein Concavglas hinter den Spiegel legen müssen (Figur 93). Ist dies richtig gewählt, so wird es die Strahlen parallel machend ein scharfes Bild gewähren. Um die factische Refraction von B zu bestimmen, wird aber wieder die Entfernung des Augenspiegels bezw. des hinter ihm befindlichen corrigirenden Concavglases von B in Rechnung zu ziehen sein.

Concav $^1/_{20}$ dicht vor ein Auge gelegt zertreut parallele Strahlen so, als wenn sie von einem 20 Zoll entfernten Punkt kämen. Der Fernpunkt dieses Auges läge, wenn es die Strahlen auf seiner Netzhaut

vereinigte, in 20 Zoll (M $^1/_{20}$). Würde hingegen dasselbe Glas 2 Zoll entfernt von einem andern Auge gehalten, welches mit dem Glase gut in die Ferne sähe, so läge dessen Fernpunkt in 20 + 2 = 22 Zoll; es bestände M $^1/_{22}$. Beim myopischen Auge muss man demnach die Entfernung des Spiegels vom untersuchten Auge zu der Brennweite des ophthalmoskopisch bestcorrigirenden Concavglases zuzählen. Die Brechkraft einer so gefundenen Concavlinse (in unserem Beispiel — $^1/_{22}$) drückt den Grad der Myopie von B aus. —

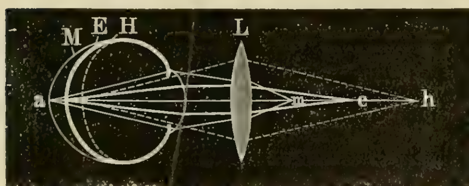
Es ist nicht gleichgültig, welchen Theil des Augenhintergrundes man bei der ophthalmoskopischen Refractionsbestimmung betrachtet, da letztere an den verschiedenen Partien des Augenhintergrundes verschiedene Resultate ergiebt. In den mehr äquatorial gelegenen findet sich meist eine schwächere Brechung (z. B. emmetropische Augen sind hier hyperopisch) und ein stärkerer (zum Theil unregelmässiger) Astigmatismus.

Leider ist es nicht gut möglich, die Macula, wie es doch eigentlich nöthig wäre, für die ophthalmoskopische Refractionsbestimmung im aufrechten Bilde zu benutzen, weil sie zu wenig Auffallendes bietet, um Unterschiede in der Schärfe des Bildes wahrzunehmen. Man wählt daher ein Netzhautgefäss und zwar am besten ein solches dicht neben der Papilla optica. Auch die Körnelung des Pigmentepithels an derselben Stelle kann benutzt werden.

An diesen Objecten vermag man Unterschiede in der Schärfe der Begrenzung u. s. w. gut zu erkennen. Allerdings werden sich, besonders bei hochgradiger Myopie, gelegentlich dadurch Fehler einschleichen, dass die Umgebung der Papille und mit ihr die dort verlaufenden Gefässe stärker ektasirt sind als die Macula lutea. Es kommen hier erhebliche Differenzen vor; selbst bis zu 5·0 D habe ich sie beobachtet. Aber auch bei hyperopischen Augen finden sie sich.

Unumgänglich nöthig zu einer genauen Refractionsbestimmung im aufrechten Bild ist ein Refractionsophthalmoskop, welches ein schnelles Wechseln der corrigirenden Linsen gestattet. Nur so ist die bestcorrigirende zu finden, da die Unterschiede in der Bildschärfe bei wenig differirenden Linsen nur gering sind. Das Glas, mit dem man am schärfsten das Netzhautgefäss erkennt, entspricht der Refraction des Untersuchten. Sollte man mit zwei verschieden scharfen Concavgläsern gleich gut sehen, so ist dies ein Zeichen, dass man accommodirt hat; das schwächste dieser Gläser ist alsdann der Refraction des Untersuchten entsprechend; bei Convexgläsern in gleichem Falle das stärkste. Ferner beachte man, besonders bei höheren Ametropiegraden, dass, wie oben ausgeführt wurde, auch die Entfernung des Spiegels vom untersuchten Auge in Rechnung zu ziehen ist; oft genug wird dies versäumt.

B. Refractionsbestimmung im umgekehrten Bilde. Je nach dem Refractionszustande des ophthalmoskopirten Auges muss das umgekehrte Bild weiter oder näher an der Convexlinse liegen (Figur 94). Benutzen wir eine Convexlinse von 10·0 D, so wird das umgekehrte Bild der Papille des emmetropischen Auges (e) 10 cm von der Linse entfernt sein, das eines hypermetropischen (h) wird weiter ab, das eines myopischen (m) näher heranliegen. Ebenso wie die von der Netzhaut kommenden Strahlen sich hier zu einem scharfen Bilde vereinen, so werden umgekehrt die etwa von diesem Bilde (als leuchtendes Object gedacht) ausgehenden Lichtstrahlen sich auf der Netzhaut zu einem scharfen Bilde vereinen (d. h. Bild und Netzhaut sind conjugirte Punkte). — Wenn die Entfernung des Papillenbildes von der Convexlinse bekannt ist, so wissen wir auch, für welche Strahlen das untersuchte Auge eingestellt ist oder mit anderen Worten seine Refraction. Wie oben (siehe Optometer) ausgeführt, bedarf es nach der Formel $\frac{f^2}{d}$ (d = Differenz zwischen Brennpunkt und Bildlage) unter der Benutzung der Convexlinse 10·0, die 10 cm vom untersuchten Auge entfernt gehalten wird, gar keiner besonderen Berechnung. Ist das ophthalmoskopische Bild 10 cm von der Linse entfernt, so besteht Emmetropie; jeder Centimeter näher bezeichnet = 1·0 Myopie, jeder Centimeter weiter 1·0 Hyperopie. Finden wir beispielsweise, das Bild liege 6·5 cm von der Linse entfernt, so besteht M 3·5 (d. h. 10 minus 6·5); liegt das Bild 15 cm von der Linse, so besteht H 5·0 (d. h. 15 minus 10).

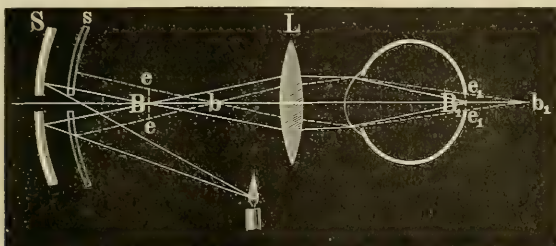


94.

Es kommt demnach nur darauf an, zu bestimmen, wo das Papillenbild liegt.

Snellen hatte vorgeschlagen, ein durchsichtiges Glas zwischen Augenspiegel und Convexglas zu bringen und dieses so lange hin- und herzuschieben, bis sich auf ihm das scharfe Papillenbild zeige. Doch ist das Verfahren in dieser Form kaum verwendbar, da ein gut reflectirendes Glas, auf dem man ein scharfes Papillenbild sehen könnte, zu wenig Licht vom Augenspiegel durchlässt und ein ganz durchsichtiges Glas wiederum schlecht reflectirt. Warlomont und Loiseau haben diesem Uebelstande durch ihr Ophthalmoskoptometer abzuhelfen gesucht. Dasselbe besteht aus einem ausziehbaren Doppeltubus (wie bei einem Fernrohr), der an seiner, dem untersuchten Auge zugekehrten Oeffnung eine durchsichtige Glasplatte (mit concaven, einander parallelen Flächen) trägt, die als Spiegel dient und Licht von der Lampe in das Auge wirft. Dicht dahinter ist die entsprechende Convexlinse zur Entwerfung des umgekehrten Bildes. Der innere verschiebbare Tubus trägt eine stumpfe Glasplatte, die zum Auffangen des Bildes bestimmt ist; die Platte deckt aber nur zur Hälfte das Lumen, um durch die andere freie Hälfte eine directe ophthalmologische Untersuchung zu gestatten. —

Eine andere Methode zur Ortsbestimmung des Bildes, wie sie von Mauthner und Burchhardt benutzt ist, gründet sich auf folgende Ueberlegung. Ist der Untersucher kurzsichtig (etwa M 5·0) oder macht er sich durch Vorlegen eines Convexglases künstlich kurzsichtig, so braucht er bei der Augenspiegeluntersuchung im umgekehrten Bilde nur allmählich so weit von der Convexlinse abzugehen, bis er eben noch das Papillenbild deutlich sieht, um zu wissen, dass es nunmehr in seinem Fernpunkt liegt. Wenn er die Entfernung seines Auges von der Convexlinse kennt, so zieht er hiervon die Entfernung seines eigenen Fernpunktes ab und erhält die Lage des Papillenbildes. Es habe sich beispielsweise ein emmetropischer Untersucher durch Vorlegen von convex 5·0 myopisch gemacht (Fernpunktlage = 20 cm). Er sehe bei der Untersuchung, während er sich etwa in 28 cm Entfernung von der Convexlinse (10·0) befindet, das Papillenbild deutlich. Nun geht er allmählich immer weiter ab: bis 30 cm Entfernung sieht er es noch scharf; etwas weiter ab wird es undeutlich. Daraus folgt, dass sich bei 30 cm das Bild gerade in seinem Fernpunkt befand. Von der Convexlinse liegt demnach das Bild ab 30 minus 20 = 10 cm. Der Untersuchte ist also, wie oben ausgeführt, emmetropisch. Man bedient sich bei dieser Untersuchung zum sicheren Halten der Convexlinse und zu den erforderlichen Messungen mit Vortheil meines „Refractionsbestimmers“.



95.

Aber auch dieser Methode haftet derselbe Uebelstand an, wie der Refractionsbestimmung im aufrechten Bilde: der Untersucher muss seine Accommodation ganz und dauernd erschlaffen können, da er sich auf seinen Fernpunkt einzustellen hat. —

Bei meiner Methode der Refractionsbestimmung wird auf die Kenntniss der Refraction oder Accommodation des Untersuchers ganz verzichtet: derselbe muss eben nur im umgekehrten Bilde ophthalmoskopiren können. Auch der, welcher nicht seine Accommodation hierbei zu erschlaffen vermag, wird sie ohne Fehler ausführen. Während bei den früheren Methoden die Entfernung des Papillenbildes von der Linse als Maassstab diente, benutzte ich hierzu das von einem concaven Augenspiegel entworfene Flammenbild, welches sich auf der Netzhaut abbildet und von dort reflectirt vor der Convexlinse sichtbar wird.

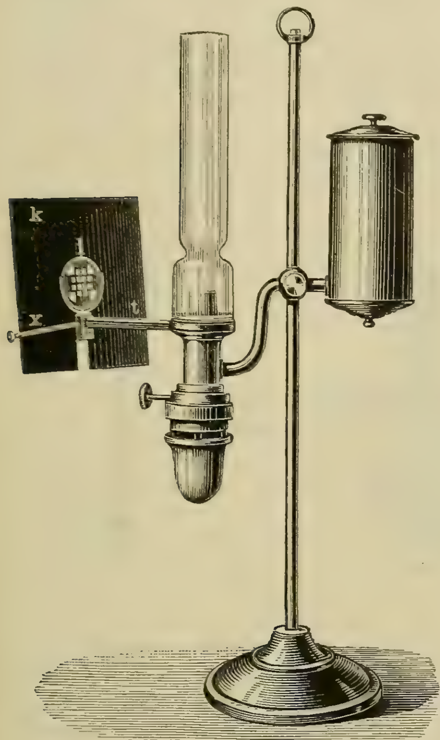
Wendet man bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde einen concaven Augenspiegel (z. B. den Liebreich'schen) von mässiger Hauptbrennweite (etwa 6 Zoll) an, so bildet das von diesem entworfene, umgekehrte, verkleinerte, zwischen Convexlinse und Augenspiegel schwebende reelle Bild der Lichtflamme (B Figur 95) die Beleuchtungsquelle

für den Augenhintergrund. Dieses kleine Flammenbild — welches aber für den Ophthalmoskopiker unsichtbar bleibt, da er sich nicht in der Richtung der (entgegengesetzt) nach dem Auge des Beobachters laufenden Strahlen befindet — kann sich nur dann scharf auf der Netzhaut (B_1) des Untersuchten abbilden, wenn sie in dem dem Flammenbilde conjugirten Punkte liegt, wenn sie mit anderen Worten auf das Flammenbild eingestellt ist. In diesem Falle werden auch die von dem Netzhautbild B_1 reflectirten Strahlen sich wiederum zu einem ebenso scharfen Flammenbilde, wie es auf der Netzhaut entstanden war, in B vereinigen. Dieses Bild ist ophthalmoskopisch sichtbar. — Rückt aber das vom Spiegel entworfene kleine Flammenbild durch Herangehen des ersteren der Convexlinse näher (nach b) oder entfernt es sich durch Abgehen mit dem Spiegel von ihr, so entstehen auf der Netzhaut Zerstreuungskreise dieses Bildes (e_1 e_1). Die von e_1 e_1 ausgehenden Strahlen werden entsprechend der Brechung des Auges reflectirt und geben ein umgekehrtes Bild in e e. Dieses ophthalmoskopisch sichtbare Flammenbild ist entsprechend dem Netzhautbilde verschwommen und nicht scharf begrenzt. Es giebt demnach für jedes untersuchte Auge nur Eine Entfernung zwischen Concavspiegel und Convexlinse, bei der ein absolut scharfes Flammenbild auf der Netzhaut entstehen und als solches im umgekehrten Bilde gesehen werden kann.

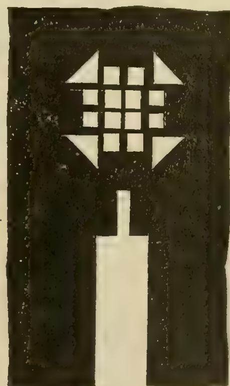
Hat man durch An- und Abgehen mit dem Spiegel diejenige Entfernung des Spiegels von der Convexlinse festgestellt, in der man das Netzhautflammenbild am schärfsten sieht, so berechnet sich die Entfernung, in welcher sich das Flammenbildchen (B) von der Convexlinse factisch befindet, leicht, und damit kennt man nach obiger Darlegung sofort den Refractionszustand des untersuchten Auges. Misst man die Entfernung des Augenspiegels von der Convexlinse (Figur 95 SL = E) und zieht hiervon die Brennweite des Spiegels (SB = F) ab, so erhält man diese Entfernung (BL = E — F).

Sehr angenehm wäre es, wenn man immer die Hauptbrennweite des Concavspiegels als gegeben in Rechnung ziehen könnte, wenn also die von der Beleuchtungsquelle kommenden Strahlen parallel gemacht würden, etwa dadurch, dass man erstere in den Brennpunkt einer Convexlinse stellte und nun die durch die Convexlinse gehenden Strahlen zur Beleuchtung benutzte, oder dadurch, dass man, wie Schweigger versucht, die Beleuchtungsquelle in Gestalt einer kleinen elektrischen Flamme mit dem Spiegel so verbindet, dass sie seine Bewegungen immer mitmacht. Doch hat beides immerhin gewisse technische Schwierigkeiten. Einfacher ist es, bei jeder Refractionsbestimmung den relativen Brennpunkt des concaven Augenspiegels (d. h. den Brennpunkt, welcher der beim Scharfsehen des Flammenbildes auf der Netzhaut vorhandenen Entfernung des Spiegels von der Lichtflamme entspricht), dadurch direct zu bestimmen, dass man unter Innehalten dieser Entfernung das umgekehrte Flammenbild mittels des Spiegels auf eine schwarze Fläche möglichst scharf entwirft und die bezügliche Entfernung misst.

Um recht genau die Schärfe des auf der Netzhaut entstehenden Bildes der Lichtquelle beurtheilen zu können, nimmt man an Stelle der gewöhnlichen Lampenflamme als ophthalmoskopische Beleuchtungsquelle eine durch feine Stäbe getheilte, möglichst helle Figur; die Schatten der Stäbchen treten alsdann auf der Netzhaut besonders ausgeprägt und deutlich hervor. Zu diesem Zwecke habe ich den in Figur 96 und 97 gezeichneten Apparat construirt. Er besteht aus einer 9 cm langen, platten Stange t (auf einer Seite nach Zoll-, auf der anderen nach Metermaass getheilt), die mittels einer federnden Klammer an dem Cylinder der brennenden Lampe — Flach- oder Rundbrenner — so befestigt wird, dass die Flamme in gleicher Höhe mit der auf der Stange verschiebbaren und eventuell mittels einer Schraube x festzustellenden Convexlinse l sich befindet. Die Linse soll soweit von der Flamme abstehen, dass letztere sich im Brennpunkt befindet, da ich gewöhnlich convex 12.0 benutze, also $^1/_{12}$ m. Dicht vor der Linse befindet sich ein quadratischer schwarzer Blechschirm k (Seitenlänge 11 cm), der mittels einer kleinen an



96.



97.

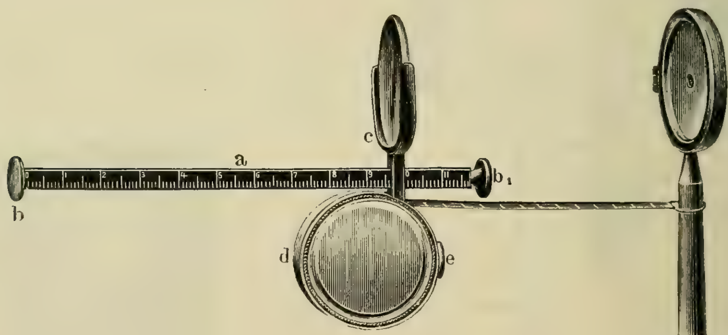
dem Gestell der Linse angebrachten Feder getragen wird. In der Mitte des Schirmes liegen die Oeffnungen, welche von der Linse beleuchtet als Lichtquelle für den Augenspiegel dienen.

Damit eine gleichmässige Entfernung der zur Entfernung des umgekehrten Bildes benutzten Convexlinse 10·0 vom Auge innegehalten wird, und weiter zur Vornahme der erforderlichen Messungen dient das Instrument Figur 98. Die Linse ruht in einem Gestell c, welches auf der 12 cm langen, platten Stange a verschiebbar und durch eine Schraube festzustellen ist. Unter der Stange trägt das Gestell eine linsenförmige Hülse d, in der sich ein 60 cm langes Bandmaass (an einer Seite Zoll-, auf der anderen Centimeter- und Millimetertheilung führend) zusammengerollt befindet. Die Oeffnung, aus der das Band kommt, muss möglichst

senkrecht unter der Linse liegen. Die kleine Platte b ist mit Leder überzogen und wird gegen den Oberkiefer unter das zu ophthalmoskopirende Auge gesetzt. Wenn man die Convexlinse 10·0 von dieser Platte 9·5 bis 10 cm entfernt an der ebenfalls mit Centimetereintheilung versehenen Stange festschraubt, so wird sie ziemlich genau 10 cm von dem Hauptpunkt des Auges entfernt sein; — übrigens fallen kleine Differenzen hier nicht ins Gewicht. Am vorderen Ende der Stange befindet sich eine schwarze runde Blechplatte b_1 von 5 mm Durchmesser, welche zur Entwerfung des Gitterbildes bei der Bestimmung der relativen Brennweite des Augenspiegels benutzt wird.

Das in der Hülse d befindliche Bandmaass wird durch eine Feder so gespannt, dass es nur, wenn man auf den Knopf e drückt, sich — leicht — herausziehen lässt und bei Nachlass des Zuges sofort wieder zurückgleitet. Lässt man mit dem Druck auf den Knopf nach, so bleibt der Theil des Maasses, der herausgezogen war, draussen. Bei dem Apparat ist besonders darauf zu achten, dass nach Loslassen des Knopfes nicht noch ein Zurückschnappen des Bandes in das Gehäuse erfolgt.

Der benutzte concave Augenspiegel muss eine gute Schleifung haben und scharfe Bilder entwerfen. Die beste Hauptbrennweite ist etwa 15 bis 17 cm.



98.

Bei der Untersuchung wird durch den an dem Bandmaass befindlichen kleinen Messingring, der so befestigt sein soll, dass die Spiegelfläche über dem Nullpunkt des Maasses steht, der Augenspiegelgriff gesteckt, nöthigenfalls durch Abschrauben. Während man mit der linken Hand den Apparat an dem Blechgehäuse hält und ihn gegen die Wange des zu Untersuchenden setzt, drückt man mit dem Daumen auf den Knopf. Hierdurch wird das Bandmaass frei und folgt dem Ab- und Herangehen des Augenspiegels.

Die mit dem Beleuchtungsapparat versehene Lampe steht links neben dem Kopfe des zu Untersuchenden, möglichst nahe an ihm und so, dass die Lichtöffnung des Schirmes in einer Höhe sowohl mit dem Auge des Patienten als des Untersuchers sich befindet. Da eine starke Intensität des durch die Oeffnungen auf den Spiegel fallenden Lichtes das Verfahren erleichtert, so blicke man nach Ansetzung des Apparates bei der üblichen Augenspiegelhaltung erst durch die Spiegelöffnung auf die leuchtenden Quadrate und lenke erforderlichen Falls durch Drehung der Lampe die Strahlen direct auf den Spiegel. Alsdann werfe man das Licht in das zu untersuchende Auge, indem man gleichzeitig mit dem Spiegel näher heran oder weiter abgeht, bis man die verkleinerte quadratische Figur mit ihren als

dunkle Schatten hervortretenden Trennungslinien auf dem Augenhintergrunde scharf und deutlich sieht. Es fällt nicht schwer, den Abstand des Augenspiegels zu finden, bei welchem diese Schärfe maximal ist, wenn man die dünnsten Schattenlinien in der Mitte der Figur beachtet. Einer mathematisch genauen Ausführung des Gitterwerks in dem vor der Lampe befindlichen Schirm bedarf es dazu nicht, da dieses Gitterwerk ja nur in Gestalt eines erheblich verkleinerten, von dem concaven Augenspiegel entworfenen umgekehrten Bildes als Beleuchtungsquelle dient. Sollte man dennoch in einem Falle zweifelhaft sein, wann das Bild seine grösste Schärfe zeigt, so kann man sich durch weiteres Abrücken der Lampe von dem Spiegel helfen: hierbei wird das umgekehrte Bild noch kleiner und damit das Hervortreten von Unterschieden in der Schärfe noch deutlicher. Besteht Astigmatismus, so ist ein gleich scharfes Hervortreten der ganzen Figur natürlich unmöglich, da bei einer und derselben Spiegelentfernung ein scharfes Bild der horizontalen und verticalen Linien auf der Netzhaut nicht entworfen werden kann. Auch lasse man sich nicht etwa irre führen durch von der Linse reflectirte kleine quadratische Bilder, die gelegentlich hervortreten: ihnen fehlt die rothe Färbung der auf der Netzhaut entworfenen Bilder, ebenso sieht man an ihnen nicht Netzhautdetails u. s. w. Bezüglich der Stelle des Augenhintergrundes, die man zur Refractionsstimmung benutzt, empfiehlt es sich, die Lichtquadrate dicht neben der Papilla optica zu entwerfen. Den zu Untersuchenden fordert man, wie bei der Refractionsbestimmung im aufrechten Bilde, auf, zur Erschlaffung der Accommodation möglichst in die Ferne zu blicken. Man achte darauf, dass die Lichtquadrate wirklich neben die Papille fallen, weil an von ihr entfernten Stellen auch die Refraction des Auges eine andere wird. Auf der Papille selbst erscheinen die Lichtquadrate wegen der Unebenheit des Gewebes nicht überall scharf.

Auch auf der Macula lutea kann man die Lichtquadrate entwerfen, indem man, wenn sie scharf hervortreten, mit dem Augenspiegel weiter abgeht, um durch das hiermit verbundene Abrücken des Flammenbildes die Accommodation des Untersuchten zu erschlaffen und eine Einstellung auf seinen Fernpunkt zu erzielen. Doch gelingt hierbei eine volle Accommodationserschlaffung nicht oft; in einzelnen Fällen allerdings. Wenn der Untersuchte auf das ihm vorgehaltene Convexglas blickt, so wird er natürlich in demselben Moment und bei derselben Enfernung des Augenspiegels von dem Convexglase die Lichtquadrate scharf sehen, wo der Ophthalmoskopiker sie scharf sieht. Will man mit Sicherheit die Refraction an der Macula latea bestimmen, so muss man die Accommodation des Untersuchten durch Homatropin lähmen. —

Hat man die möglichste Schärfe des Bildes erreicht, so hebt man den Daumen von dem Knopf ab und liest an dem Bandmaass, indem man den Apparat von der Wange des Untersuchten abhebt, wie gross die Entfernung (E) zwischen Spiegel und Convexlinse war. Hierbei muss man aber seinen Kopf vollkommen stillhalten, da es noch erübrigt, die bei dieser Kopf- bezw. Spiegelentfernung von der Lichtquelle vorhandene relative Brennweite des Spiegels (F) zu bestimmen*. Zu diesem Zwecke wirft man nunmehr das kleine Lichtquadrat mittels des Spiegels auf die schwarze Platte b_1, indem man wieder, um das Bandmaass in Bewegung zu setzen, mit dem Daumen auf den Knopf drückt. Ist das Quadrat hier scharf abgebildet, so lässt man den Knopf los und liest die Entfernung zwischen Spiegel

---

* Es bedarf dieser Bestimmung in jedem einzelnen Falle, da die von den Lichtquadraten kommenden Strahlen, indem an den Rändern eine Ablenkung eintritt, nicht parallel sind.

und Platte ab. E—F giebt die Entfernung des Bildes von der Convexlinse und damit die Refraction, da jeder Centimeter mehr oder weniger als 20 cm = 1·0 H oder M ist.

Zu beachten ist bei der Abmessung von E, dass die Oeffnung der Blechhülse, aus der das Bandmaass rollt, meist etwas vor der Linse liegt; liest man demnach dort die Zahl der Centimeter ab, so wird man den kleinen Entfernungsunterschied hinzurechnen müssen*; ebenso falls das Bandmaass beim Loslassen des Knopfes nicht sofort arretirt sein sollte, sondern noch etwas zurückschnappt. Auch muss der benutzte Concavspiegel, wie erwähnt, eine exacte Krümmung haben, da er sonst überhaupt kein scharfes Bild entwirft. Ferner ist die Hauptbrennweite der Convexlinse vorher sicher festzustellen.

Bei hochgradiger Myopie der Untersuchten muss man mit dem Augenspiegel so dicht an die Convexlinse herangehen, dass die Entfernung von ihr (E) kleiner wird, als die Entfernung der später festgestellten relativen Brennweite (F). Man findet z. B. E = 18 cm und F = 21 cm. E — F ist demnach = — 3 cm. Das Bild liegt also hinter der Convexlinse dem untersuchten Auge zu. Die Myopie des letzteren beträgt 13·0 D, da hier die Differenz der Entfernung des Bildes von der Hauptbrennweite der Linse (10 cm) 13 cm beträgt.

Meine Methode der Refractionsbestimmung ist für jeden, der im umgekehrten Bilde untersuchen kann und ein ausreichendes Accommodationsgebiet hat (bei den Bestimmungen hochgradigster H und hochgradigster M unter Anwendung eines Concavspiegels von 15 cm Hauptbrennweite schwankt die Lage der Bilder, auf welche accommodirt werden muss, etwa zwischen 18 bis 40 cm), mit Leichtigkeit zu erlernen. Während in der Beurtheilung der Schärfe des umgekehrten Bildes keine erheblichen Schwankungen vorkommen werden, liegt eine gewisse Fehlerquelle in den Abmessungen, die nicht immer absolut genau ausfallen. Dennoch steht die Refractionsbestimmung im umgekehrten Bilde der im aufrechten Bilde an Genauigkeit nicht nach, wie mich vergleichende Beobachtungen gelehrt haben. Im Durchschnitt darf man bei beiden Methoden gelegentlich auf Fehler bis zu 1·0 rechnen. Es ist damit nicht gesagt, dass dieselben nicht in der Mehrzahl der Fälle geringer sind. Aber das möchte ich doch glauben, dass die Behauptung, in jedem Falle die Refraction ohne einen höheren Fehler als 0·5 D ophthalmoskopisch bestimmen zu können, mehr auf einem subjectiven Empfinden als auf gesicherten Versuchen beruht.

Gegenüber der Refractionsbestimmung im aufrechten Bilde bietet die im umgekehrten Bilde folgende Vortheile: 1) Der Untersucher bedarf keiner Accommodationserschlaffung, die manchem Ophtalmoskopiker ganz unmöglich ist. Uebrigens tritt auch bei geübten Untersuchern, falls sie längere Zeit hinter einander ophthalmoskopiren, unbe-

---

* In den neuen Refractionsbestimmern liegt die Linse unbeweglich am Ende der Stange über b_1 und direct über der Oeffnung der Blechhülse. Eine etwa erforderliche Verlängerung der Stange erfolgt durch Herausschrauben der Platte b.

wusst eine Accommodationsspannung ein, wie bereits Klein mit Recht hervorgehoben hat. Diese wird zur Fehlerquelle. 2) Es ist entschieden schwerer im aufrechten Bilde die höchste Schärfe des beobachteten Netzhautgefässes bezw. der Pigment-Körnelung festzustellen, als im umgekehrten Bilde die des Gitterwerkes. 3) Im umgekehrten Bilde kann man die Refraction des Auges an der Macula lutea bestimmen, im aufrechten nicht. 4) Im umgekehrten Bilde können die höheren und höchsten Grade der Myopie leicht bestimmt werden, was im aufrechten Bilde schwer oder unmöglich ist. Aehnliches gilt für höchstgradige Hyperopie. Ebenso gelingt die Bestimmung bei enger Pupille und die des Astigmatismus besser. 5) Kleine Augenzuckungen, wie sie nicht selten bei den Untersuchten auftreten, stören bei der starken Vergrösserung des aufrechten Bildes. Im umgekehrten Bilde kann man selbst bei Nystagmus die Refraction feststellen. 6) Man bedarf nicht der starken Annäherung an den Kopf des zu Untersuchenden, was bisweilen, etwa bei vorhandener Ozaena, die genaue Untersuchung im aufrechten Bilde vollkommen unmöglich macht. —

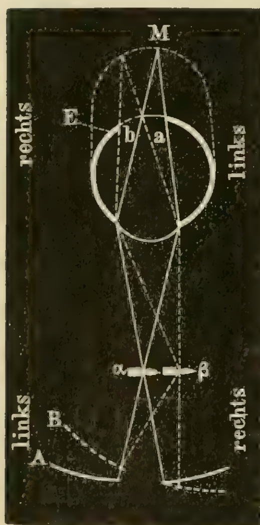
Hingegen gelingt bei Trübungen der Hornhaut oder anderer brechender Medien die Refractionsbestimmung im umgekehrten Bilde noch weniger gut, als im aufrechten Bilde. Es erklärt sich dies daraus, dass die Trübungen bei ersterer doppelt störend auf die Schärfe des Bildes wirken: einmal weil sie die Entstehung eines scharfen Bildes auf der Netzhaut hindern und dann wiederum die vom Netzhautflammenbild kommenden Strahlen unregelmässig brechen. Auch bei starken Unregelmässigkeiten in der Pigmentirung der Chorioidea treten die Schatten des Flammenbildes nicht immer absolut scharf hervor; der Geübte kann aber auch aus der relativen Schärfe die richtige Refraction bestimmen. —

C. Als Keratoskopie (besser sind aber die jetzt üblicheren Bezeichnungen Retinoskopie, Pupilloskopie, Skiaskopie oder Schattenprobe) wurde von Cuignet ein neues einfaches Verfahren zur Refractionsbestimmung beschrieben, ohne dass es ihm jedoch gelang, die optischen Gründe für dasselbe zu entwickeln. Dies geschah später durch Parent.

Man setzt den zu Untersuchenden in einer Entfernung von 1 m 20 cm sich gegenüber; neben seinem Kopfe befindet sich die Ophthalmoskopirlampe. Mit einem Augenspiegel wirft man Licht in die Pupille: wenn dieselbe roth leuchtet, macht man kleine Bewegungen mit dem Spiegel um seine verticale Achse nach rechts und links hin, als ob man nur die rechte oder linke Hälfte der Pupille beleuchten wollte. Hierbei beobachtet man das Auftreten eines dunkleren Schattens *(σκία)*, der entweder sich an der Seite der Pupille zeigt, nach welcher der Spiegel gekehrt wurde, oder an der entgegengesetzten Hälfte. Aus

dieser Verschiedenheit in dem Auftreten des Schattens der Pupille kann man den Refractionszustand des Auges diagnosticiren.

Es erklärt sich das in folgender Weise. Nehmen wir an, dass ein Concavspiegel benutzt wird. Das von ihm entworfene reelle Flammenbildchen dient zur Beleuchtung des Auges. Bei gerader Haltung des Augenspiegels (Figur 99 A) liegt das Flammenbildchen α vor der Mitte der Pupille und beleuchtet das Centrum der Netzhaut des emmetropischen Auges (E) durch seinen Zerstreuungskreis (a); wendet man den Spiegel nach rechts (B), so rückt das Flammenbild ebenfalls nach rechts (β): sein Zerstreuungsbild entsteht in b auf der rechten Hälfte der Netzhaut des beobachteten Auges. Ist letzteres emmetropisch (E) oder hyperopisch, so sieht man den Augenhintergrund im aufrechten Bilde: es wird demnach bei der Rechtswendung des Spiegels nach β die Seite b der Netzhaut leuchtend erscheinen, d. h. diejenige, von der sich der Spiegel abwendet; der Theil der Pupille dagegen, dem sich der Spiegel zuwendet, wird dunkel oder beschattet. Handelt es sich hingegen um ein myopisches Auge (M), dessen Fernpunkt zwischen unserem Spiegel und dem beobachteten Auge liegt, so verhält sich das Auftreten des Schattens gerade umgekehrt. Es wird nämlich in dem Fernpunkt des kurzsichtigen Auges von den zurückkommenden Strahlen ein reelles umgekehrtes Bild des Augenhintergrundes entstehen; auf der Abbildung falle dasselbe beispielsweise mit dem Spiegelflammenbildchen zusammen.



99.

Da der Ophthalmoskopiker dieses umgekehrte Bild sieht, so wird bei der Rechtswendung des Spiegels (B) die Stelle leuchtend erscheinen, an der sich das umgekehrte Bild der beleuchteten Netzhaut (M) entwirft, d. h. also β, diejenige aber, von der sich der Spiegel abgewendet hat, beschattet. Da der Untersuchende weder die Details des aufrechten noch des umgekehrten Bildes wahrnimmt, so bezieht er die Beleuchtung auf die Pupille: dieselbe erscheint ihm bei Bewegungen des Concavspiegels an der Seite, wohin der Spiegel gewendet wird, rothleuchtend, wenn es sich um ein myopisches Auge, dunkel, wenn es sich um ein emmetropisches oder hyperopisches handelt.

Wenn sich, wie angenommen, der Ophthalmoskopiker 1 m 20 cm von dem beobachteten Auge befindet, so wird sich bei einer Myopie von 1 D, wo das umgekehrte Bild in einem Meter Entfernung vor dem

beobachteten Auge liegt, das Auftreten des Schattens so verhalten, wie überhaupt bei kurzsichtigen Augen. Ist hingegen die Myopie geringer ($M < 1{\cdot}0$), so würde das umgekehrte Bild nicht mehr gut wahrgenommen werden können oder wohl gar erst hinter dem Kopfe des Ophthalmoskopikers entstehen. Dieser erhielte demnach die Wanderung des Schattens wie bei einem emmetropischen oder hyperopischen Auge, d. h. derselbe tritt auf der Seite der Pupille auf, der sich der Spiegel zuwendet. Legt man jetzt vor das untersuchte Auge convex 1·0, so wird hierdurch eine etwaige Myopie um 1·0 erhöht werden: der Schatten muss nunmehr auch bei schwächeren Graden der Myopie (oder bei Emmetropie, die sich hierdurch in M 1·0 verwandelt), auf der Seite erscheinen, von der sich der Spiegel abwendet oder, anders ausgedrückt, der Schatten wandert im gleichen Sinne über die Pupille, wie der Spiegel sich bewegt.

In diesem, durch vorgehaltene Gläser bewirkten Umschlagen der Schattenbewegung liegt die Möglichkeit, die Refraction auch dem Grade nach zu bestimmen. Bewegt sich der Schatten in gleicher Richtung wie der Concav-Spiegel, so besteht $M > 1$; man legt jetzt Concavgläser in steigender Stärke vor das Auge: die Dioptriezahl des Concavglases, bei dem die Schattenbewegung eine der Spiegelbewegung entgegengesetzte Richtung einschlägt und so die eingetretene Correction der Kurzsichtigkeit anzeigt, $+ 1$ D (da $M < 1$, wie oben erwiesen, keine myopische Schattenbewegung bewirkt) giebt den Grad der Myopie. Bewegt sich der Schatten in umgekehrter Richtung wie der Spiegel, so besteht E oder H oder $M < 1$: die Dioptriezahl des Convexglases, welches die Schattenbewegung in eine der Spiegelbewegung gleichgerichtete umwandelt, $- 1$ D giebt die Refraction.

Auch die Art der Beleuchtung und Schattenbildung kann einen gewissen Anhalt darüber geben, ob es sich um schwache oder stärkere Grade von Ametropie handelt.

Fällt bei einem myopischen Auge das in der Luft schwebende umgekehrte Bild ganz oder annähernd mit dem zur Beleuchtung dienenden Flammenbildchen des Concavspiegels zusammen, was bei einer Entfernung des Beobachters von 1 m 20 cm und einer relativen Spiegelbrennweite von ca. 20 cm nur für schwächere Grade der M zutrifft, — oder liegt die Netzhaut, wie es bei E und schwacher H der Fall, unter diesen Verhältnissen annähernd im conjugirten Punkte des Flammenbildchens, so erscheint die Beleuchtung besonders hell, der Schatten deutlich und mehr geradlinig, seine Excursion bei Bewegungen rascher. Bei mittleren Ametropie-Graden, wo wegen der grösseren Zerstreuungskreise des Netzhaut-Flammenbildes die Intensität des durch die Pupille reflectirten Lichtes etwas geringer ist, erscheinen die Schatten besonders

dunkel. Bei sehr hohen Graden ist die Erleuchtung der Pupille ungemein schwach, die Schatten verschwommen, kaum erkennbar, klein, bogenförmig und sehr langsam wandernd. Man thut gut, hier etwas näher an das beobachtete Auge zu gehen; auch sonst ist gelegentlich eine Entfernung von etwa 50 cm bequemer; man bekommt aber alsdann schon bei $M < 2{\cdot}0$ die emmetropische bezw. hyperopische Schattenbewegung.

Benutzt man an Stelle eines concaven Augenspiegels einen planen, so entstehen die Schatten bei den verschiedenen Refractions-Anomalien gerade an entgegengesetzter Stelle wie bei der Verwendung jenes, da das als Beleuchtungsquelle dienende gleichsam hinter dem Planspiegel befindliche Flammenbild eine der Spiegeldrehung entgegengesetzte Bewegung macht: dreht man den Planspiegel nach der rechten Seite, so rückt es nach links und umgekehrt.

Die Skiaskopie ist für objective Refractionsbestimmungen sehr brauchbar; es ist aber nicht immer leicht zu sehen, bei welchem corrigirenden Glase, wenn der Brechungs-Unterschied der vorgelegten Gläser nur 1 D beträgt, ein deutliches Umschlagen der Schattenbewegungen eintritt. Die höheren Grade der Ametropie sind weniger genau und leicht zu diagnosticiren, da die starken, zur Correction erforderlichen Gläser durch Lichtreflexe stören und auch die Entfernung, in der sie vor dem untersuchten Auge gehalten werden, in Rechnung zu ziehen ist. Bei engen Pupillen ist eine genaue Bestimmung überhaupt unmöglich. Ferner ist das Wechseln und Vorhalten der Brillengläser umständlich; diese Unbequemlichkeit kann man dadurch verringern, dass man sich der oben erwähnten Brillenleiter bedient, die dann der Patient an seinem Auge vorbeiführt, oder eine Scheibe mit eingesetzten Gläsern vor dem Auge herumdreht (Hess). Als principieller Einwurf gegen das Cuignet'sche Verfahren überhaupt bleibt immer bestehen, dass man nicht genau weiss, an welcher Stelle des Augenhintergrundes man eigentlich die Refraction bestimmt, da man diesen in seinen Details nicht sieht und durch die Spiegelbewegung verschiedene Theile des Augenhintergrundes beleuchtet. —

Neuerdings hat Schweigger, um die Benutzung einer Serie von Gläsern unnöthig zu machen, ein Verfahren wieder aufgenommen, wie ich es ähnlich schon früher versucht habe (s. 1.Aufl. dieses Lehrbuchs S. 206). Durch ein vor das untersuchte Auge gelegtes Convexglas wird dasselbe gleichsam in ein kurzsichtiges verwandelt oder mit anderen Worten sein Fernpunkt herangerückt. Macht man nun mit dem Augenspiegel (am besten Planspiegel) in grösserer Entfernung die entsprechenden Seitenbewegungen, so bekommt man die Schattenbilder eines myopischen Auges, nähert man sich allmählich immer mehr, so werden an der Stelle, wo man den scheinbaren Fernpunkt des untersuchten Auges erreicht, die Schattenbilder undeutlich (neutrale Zone), gleich nachher aber in die eines emmetropischen Auges (da jetzt kein umgekehrtes Bild zwischen Spiegel und vorgehaltener Convexlinse entsteht) umschlagen. Misst man jetzt die Entfernung des Spiegels von der Linse, etwa mit dem Bandmaass, das ich bei meiner Refractionsbestimmung benutze, so kann man nach der Linsenformel aus der Lage des scheinbaren Fernpunktes den wirklichen des untersuchten Auges berechnen. Da man aber in der Regel nur die neutrale Zone, nicht die Stelle des wirklichen Umschlagens der Schattenbilder auf diese Weise exact zu bestimmen vermag, so dürfte im Allgemeinen die zuerst angegebene Methode vorzuziehen sein.

Auf eine andere Art der Diagnose, ob es sich um ein hochgradig myopisches oder hypermetropisches Auge handelt, ist bereits oben hingedeutet. Wenn man mit dem Augenspiegel einfach Licht in ein derartiges Auge wirft, so sieht man schon aus einiger Entfernung Details des Augenhintergrundes: Netzhautgefässe u. s. f. Bei dem myopischen Auge handelt es sich um das umgekehrte, in der Luft schwebende und in seinem Fernpunkte entworfene Bild; bei dem hyperopischen um das aufrechte Bild.

An folgenden Merkmalen unterscheidet man diese Bilder: 1) Wenn man sich allmählich dem Auge nähert, so wird das umgekehrte, vor dem myopischen Auge in der Luft schwebende Bild erst verschwommen und zuletzt überhaupt nicht gesehen, weil der Untersucher nicht mehr darauf accommodiren kann und schliesslich so nahe an das Auge kommt, dass er nur convergirende Strahlen erhält. Hingegen bleibt das aufrechte, hinter dem hyperopischen Auge liegende Bild auch bei der grössten Annäheruug sichtbar. 2) Geht der Untersucher, während er das Bild ansieht, mit seinem Kopfe abwechselnd nach rechts und nach links, so bemerkt er beim myopischen Auge eine scheinbar entgegengesetzte Bewegung des Bildes, bei dem hyperopischen eine gleichnamige, ein scheinbares Mitgehen des Bildes. Es beruht dies auf derselben optischen Täuschung, der wir beim Fahren in der Eisenbahn ausgesetzt sind; die näher gelegenen Gegenstände scheinen in entgegengesetzter Richtung sich zu bewegen, die entfernten in gleicher. Bei der Augenspiegeluntersuchung wird das ophthalmoskopische Bild mit dem Auge, beziehentlich der Pupille verglichen. Das umgekehrte Bild liegt vor dem Auge, also näher als die Pupille, das aufrechte hinter dem Auge. Danach geht das aufrechte Bild bei unserer Kopfbewegung scheinbar mit, das umgekehrte entgegengesetzt. 3) Der Vergleich der anatomischen Verhältnisse, also z. B. des Gefässverlaufes in der Netzhaut oder der Lage der Macula lutea zur Papilla optica, könnte auch zur Unterscheidung des umgekehrten von dem aufrechten Bilde herbeigezogen werden. Er ist aber in der Regel unverwerthbar, weil das ophthalmoskopische Gesichtsfeld bei dieser Entfernung zu klein ist, um grössere Partien zu übersehen.

Die Entfernung des umgekehrten Bildes bei einem hochgradig myopischen Auge und damit den Fernpunkt desselben kann man übrigens ungefähr feststellen, wenn man sich mit dem Spiegel dem untersuchten Auge (B) bis zu dem Punkte nähert, an welchem man noch eben mit grösster Accommodationsanstrengung das Bild sieht. Letzteres liegt dann in dem P. proximum des Untersuchers; ist die Entfernung desselben bekannt (z. B. 15 cm), so braucht man sie nur von der Entfernung, in welcher sich der Augenspiegel vom Auge B zur

Zeit befindet (z. B. 20 cm), abzuziehen, um den Fernpunkt des Auges B (hier 5 cm: d. h. M. 20·0) zu erhalten.

Bestimmung des Astigmatismus.

Bei unregelmässigem Astigmatismus ist das Netzhautbild verschwommen: bisweilen beobachtet man auch im umgekehrten Bilde ein eigenthümliches Flimmern des fixirten Theils, z. B. der Papille.

Für die Bestimmung des regelmässigen Astigmatismus haben wir einen Anhalt in der unregelmässigen Vergrösserung, wie sie dadurch hervorgebracht wird, dass die optischen Medien in einem Meridian stärker brechen als in dem andern. Aus der der runden Papilla optica wird eine ovale (Knapp). Da es aber immerhin möglich wäre, dass ausnahmsweise die Papille anatomisch oval sei, so hat Schweigger empfohlen, ihre Gestalt sowohl im aufrechten als im umgekehrten Bilde festzustellen. Beruht die Gestaltveränderung auf Astigmatismus, so wird die anatomische runde Pupille bei beiden Untersuchungen zwar die Form eines Ovals annehmen, aber mit verschieden gerichteter Längsachse. Ist beispielsweise der senkrechte Meridian des Auges myopisch und der horizontale emmetropisch, so ist im aufrechten Bilde, wo wir den Augenhintergrund gleichsam durch eine Lupe betrachten, die Vergrösserung am stärksten, wo die stärkste Brechung erfolgt, hier also im senkrechten Meridian. Die Papille erscheint als vertical gestelltes Oval. Im umgekehrten Bilde dagegen ist bei Myopie die Vergrösserung geringer, als bei Emmetropie: die Papille wird demnach horizontal stärker vergrössert erscheinen und ein Quer-Oval bilden.

Der Grad des As lässt sich aber auf diese Weise nicht bestimmen. Man muss hierzu weitere Untersuchungen anstellen, indem man an zwei in entgegengesetzter Richtung laufenden und den Hauptmeridianen (hier also dem senkrechten und horizontalen) folgenden Netzhautgefässen die Refraction im aufrechten Bilde bestimmt. Da man derartige Gefässe nicht immer leicht trifft, auch die Richtung der Hauptmeridiane nicht absolut correct wahrnehmbar ist, so bleibt dies Verfahren mangelhaft.

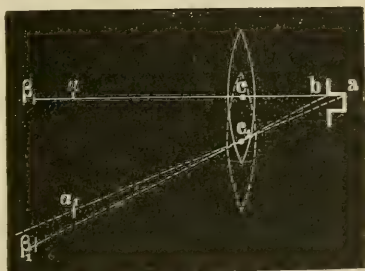
Besser eignet sich hierzu die Refractionsbestimmung im umgekehrten Bilde mit dem Concavspiegel. Während bei unregelmässigem As bei keiner Entfernung des Spiegels von der Convexlinse ein scharfes Bild des Gitterwerkes vorhanden ist, findet man bei regelmässigem As, dass bei einer gewissen Entfernung beispielsweise die horizontalen Schattenlinien, bei einer anderen die verticalen scharf hervortreten. Man bestimmt nun die Refraction für diese beiden Striche und hat damit die Refraction der entsprechenden Meridiane, d. h. die Refraction,

welche vorhanden ist, wenn die horizontalen Striche scharf hervortreten, gehört dem verticalen Meridian des Auges an und umgekehrt. Wenn man auch für die andern Meridiane Bestimmungen treffen will, kann man als Lichtquelle eine Figur mit strahlenförmiger Durchbrechung im Schirm benutzen. Doch genügt auch die oben abgebildete Figur, da die Ränder der Dreiecke an den Seiten schräg verlaufen und so in verschiedene Meridiane fallen.

Bei der Schattenprobe erkennt man den Astigmatismus sehr leicht daran, dass die Refraction und damit auch die Form des Schattens eine verschiedene ist, wenn man den Spiegel in verschiedenen Richtungen von oben nach unten, von rechts nach links bewegt. Die Hauptmeridiane zeigen sich dadurch, dass die Schattengrenze ihnen annähernd parallel lauft.

7. Diagnose von Niveaudifferenzen im ophthalmoskopischen Bilde des Augenhintergrundes.

Da man in der Regel nur mit einem Auge das ophthalmoskopische Bild sehen kann, so fehlt die exacte körperliche Anschauung desselben, und es ist schwer, kleinere Niveaudifferenzen (z. B. ob die Papilla optica tiefer liegt als die Netzhaut, oder ob sie über diese hervorragt) zu erkennen. Wir müssen hier zu Hilfsmitteln unsere Zuflucht nehmen. — Bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde verwerthen wir die parallaktische Verschiebung, welche durch ein Hin- und Herbewegen der Convexlinse (— in horizontaler und verticaler Richtung —) an den in verschiedenem Niveau liegenden Punkten des ophthalmoskopischen Bildes auftritt: die weiter nach vorn gelegenen Partien (z. B. ein auf der Netzhaut liegendes Gefässstückchen) schieben sich hierbei schleierartig über und vor die tiefer liegenden Theile (z. B. die Fortsetzung desselben Gefässes auf der pathologisch vertieften Papille).



100.

Es erklärt sich dies aus nebenstehender Zeichnung (Figur 100). c sei der optische Mittelpunkt der zur ophthalmoskopischen Untersuchung benutzten Convexlinse, a und b seien zwei hintereinander liegende Punkte der Papille. Die umgekehrten Bilder dieser Punkte mögen in α und β entworfen werden. Die Linie βa liege in der Sehlinie des Beobachters. Wird nun die Linse nach unten verschoben, so dass der

optische Mittelpunkt nach c fällt, so rücken die umgekehrten Bilder von a und b nach α_1 und β_1. Behält der Beobachter unverändert dieselbe Sehlinie bei, so hat für ihn demnach der Punkt β eine grössere mit der Linsenbewegung gleichnamige Verschiebung erfahren als der Punkt α; der weiter nach vorn gelegene Punkt hat sich gleichsam über den mehr nach hinten gelegenen Punkt fortgeschoben.

Man thut gut, bei der ophthalmoskopischen Untersuchung das Convexglas etwas schnell hin und her zu schieben, indem man gleichzeitig auf Punkte achtet, die gerade an der Grenze der Niveaudifferenz liegen. —

In ähnlicher Weise, wenn auch bei weitem nicht so deutlich, findet bei der ophthalmoskopischen Untersuchung im aufrechten Bilde eine Verschiebung statt (perspectivische Verschiebung. Reimar), wenn der Beobachter sein Auge bewegt: es erfährt dabei das entferntere Object eine der Bewegung gleichsinnige Verschiebung. Dies ist dieselbe optische Täuschung, die eintritt, wenn man mit einem Auge zwei hintereinander im Raume befindliche Objecte ansieht und nun unter Fixation des vorderen den Kopf seitlich bewegt: das hintengelegene geht dann scheinbar mit.

Auch durch die Refractionsbestimmung (sei es im aufrechten, sei es im umgekehrten Bilde) lassen sich grössere Niveauunterschiede feststellen; von der ferner gelegenen Partie des Augenhintergrundes werden die Strahlen stärker convergirend aus dem Auge kommen als von der näher gelegenen. Bestimmt man an letzterer beispielsweise Emmetropie, so wird an ersterer Myopie vorhanden sein.

Durch diese Refractionsbestimmung lässt sich unter Zugrundelegung der Werthe des schematischen Auges auch die Niveaudifferenz direct berechnen, und zwar nach der Formel $f'' = \frac{f' \cdot F''}{f' - F'}$ (Helmholtz). Hier ist f'' = Achsenlänge des Auges, f' = Entfernung des Fernpunktes R von der Cornea (bei Hyperopie natürlich mit Minusvorzeichen), $F' = 15$ mm, $F'' = 20$ mm. Findet man beispielsweise an einer vertieften Papilla optica eine Myopie von 10.0 (Fernpunkt 10 cm = 100 mm), so würde die Formel lauten $f'' = \frac{100 \cdot 20}{100 - 15} = 23.5$ mm. Hat die Netzhaut bei emmetropischer Refraction ($f'' = \frac{\infty \cdot 20}{\infty - 15} = 20$ mm), eine Achsenlänge = 20 mm, so liegt in obigem Falle die Papilla optica 3.5 mm. tiefer. Eine Dioptrie Myopie kommt ungefähr 0.3 mm Achsenverlängerung gleich.

Sehr dienlich zur Erkennung von Niveaudifferenzen ist auch die Untersuchung im umgekehrten Bilde mittels des binocularen Augenspiegels von Giraud-Teulon (s. S. 184).

— —

Zweites Kapitel.

Augenspiegelbefunde am gesunden Auge.

Anatomie des Opticus, der Retina und Tunica uvea.

Man kann im Verlaufe des Sehnerven drei Abschnitte unterscheiden; der erste umfasst den Ursprung aus dem Gehirn bis zum Chiasma (Tractus n. optici), der zweite (N. opticus) den Theil vom Chiasma bis zum Foramen opticum, der dritte den orbitalen Abschnitt.

Der Nerv verlässt das Gehirn mit zwei Wurzeln, die aus dem Corp. geniculatum mediale und laterale entspringen. Beide platten Wurzeln, anfänglich noch durch eine schmale Furche getrennt, vereinigen sich alsbald zu einem Strang; dieser schlägt sich um den Grosshirnschenkel herum, geht unter der Substantia perforata anterior bis zum Tuber cinereum und vereinigt sich dicht vor dem Infundibulum mit dem Tractus der anderen Seite zum Chiasma nerv. opticorum. Die Tractus sind aus zweierlei Arten von Fasern zusammgesetzt: den sog. Sehnervenfasern und den sog. Commissurenfasern, welche mit dem Sehact nichts zu thun haben.

Bezüglich der Verbindungen des Sehnerven mit einzelnen Theilen des Centralorgans liegen eine Reihe von Untersuchungen vor. Die Sehnervenfasern treten sicher in Verbindung mit 1. dem äusseren Kniehöcker (Corp. geniculatum externum) 2. vorderem Vierhügel (Corp. quadrigeminum anterius) 3. dem Pulvinar thalami optici. Aus diesen primären Opticusganglien gehen Faserzüge zum hinteren Schenkel der inneren Kapsel und von dort als Gratiolet'sche Sehstrahlung zur Rinde des Hinterhauptlappens. Sie endigen hier auf der medialen Fläche des Cuneus, im besonderen in der Fissura calcarina (optisches Rindenfeld, Sehsphäre), nachdem die einzelnen Fasern des Tractus schon in den primären Gehirnganglien sich von einander getrennt haben und neue Verbindungen eingegangen sind. Da das auch mit den von der Macula lutea des Auges kommenden Fasern der Fall ist, so lässt sich in der Sehsphäre keine umschriebene Stelle, in der sie allein enden (Macula-Insel), nachweisen (Bernheimer).

In dem Chiasma findet eine Halbkreuzung der Nervenfasern in der Weise statt, dass die lateralen Bündel des Tractus, auf derselben Seite bleibend, zu dem gleichseitigen N. opticus übergehen, während die me-

dialen Bündel sich kreuzend zur medialen Seite des gegenüberliegenden Opticus ziehen. Doch darf der Ausdruck Semidecussation nur cum grano salis genommen werden, indem die Zahl der sich kreuzenden Nervenfasern eine erheblich grössere ist, als die der ungekreuzten. Die gekreuzten Fasern versorgen die innere Netzhauthälfte — von der Macula an gerechnet —, die ungekreuzten die äussere (cf. Figur 61).

Die Semidecussation (J. Müller) hat besonders durch Biesiadecki und Michel Angriffe erfahren. Jedoch ist — unter Berücksichtigung der eingehenden anatomischen und experimentellen Untersuchungen Gudden's, der directen Verfolgung der Nervenfasern während der Entwicklung ihrer Markscheide an embryonalen und reifen menschlichen Chiasmen und Optici (Bernheimer), einzelner pathalogisch-anatomischer Befunde, bei denen die Fortsetzung einer einseitigen Sehnervenatrophie auf beide Tractus constatirt wurde, ferner eines von mir beschriebenen Falles, wo sich nach der Verletzung des rechten Hinterhautlappens eine partielle degenerative Atrophie auch im rechten Opticus nachweisen liess, und vor Allem der klinischen Beobachtungen — zur Zeit die Halbkreuzung im Chiasma, so weit es sich um das Verhalten beim Menschen handelt, als sichergestellt anzunehmen. Selbst Kölliker, der sie noch in letzter Zeit bezweifelte, hat sich jetzt soweit bekehrt, dass er zugiebt, dass eine Anzahl von Nervenfasern auf derselben Seite bleibt. Gleiches scheint auch für den Affen und Hund zu gelten, wie die interessanten Untersuchungen Munk's über das Sehcentrum in der Corticalsubstanz des Hinterhautlappens lehren (vgl. S. 142). Nicht genügend gestützt erscheint hingegen die Ansicht Charcot's. Nach letzterem Autor besteht für jedes Auge in der entgegengesetzten Seite des Grosshirns ein Sehcentrum, zu dem die im Chiasma sich kreuzenden Fasern des betreffenden Opticus direct hingehen, während die sich nicht kreuzenden Bündel an irgend einer Stelle der Medianlinie des Gehirns, etwa jenseits der Corp. genicul. noch nachträglich ihren Tractus verlassen und zu jenem Sehcentrum hinüberziehen. —

Während die Tractus noch in fester Verbindung mit der Hirnsubstanz sich befinden, laufen die Optici als vollständig freie und abgegrenzte Nerven zum Foramen opticum, mit dessen Periost sie an der oberen Wand verwachsen sind. In der Orbita haben sie eine fast kreisrunde Gestalt und gehen in S-förmiger Krümmung lateralwärts zu dem durchschnittlich 17—18·5 mm entfernten Bulbus, in den sie etwa 4 mm medianwärts und etwas nach unten von dem hinteren Ende der Augenachse eintreten. Der Orbitaltheil des Opticus hat bei leichter Streckung eine Länge von durchschnittlich 23 bis 24·7 mm (Weiss), doch kommen bezüglich der Länge des Opticus und der Entfernung zwischen Foramen opticum und Bulbus-Insertion sowie der Differenz dieser beiden Maasse, welche das „Abrollungsstück" der Nerven giebt, an den einzelnen Augen erhebliche Verschiedenheiten vor. Der Nerv ist in der Augenhöhle von einer äusseren und einer inneren Scheide umhüllt. Die letztere ist fest mit dem Nerven verbunden und sendet bindegewebige Septa in ihn hinein; man betrachtet sie als Fortsetzung

der Pia des Gehirns. In dem dicht der Pialscheide anliegenden Septen fehlen die Nervenfasern: ein Vorkommen, das von Fuchs als Atrophie aufgefasst wurde; es ist dies jedoch nicht pathologisch, sondern als normaler Neurogliamantel des Opticus anzusehen (Greeff). Die äussere Sehnervenscheide lässt wiederum eine äussere, dickere Schicht (Duralscheide) und eine dünnere, zarte Membran (Arachnoidealscheide [Axel Key und Retzius]) erkennen, die aus feinen, zu einem Netzwerk verflochtenen Bindegewebsbündeln besteht. Feine Bälkchen verbinden diese Theile der äusseren Scheide miteinander: den schmalen, nur mikroskopisch erkennbaren Zwischenraum zwischen ihnen hat man Subduralraum genannt, während der grössere makroskopisch sichtbare Raum zwischen Arachnoidealscheide und Pialscheide des Sehnerven, der ebenfalls mit querverlaufenden Bälkchen durchsetzt ist, als Subarachnoidealraum bezeichnet wird. Ueblicher ist es, da diese beiden Zwischenräume, die als Lymphräume (Schwalbe) aufzufassen sind, mit einander in Verbindung stehen, einfach von einem subvaginalen, besser intravaginalen Raum, der den Sehnerv umgiebt, zu sprechen. Beide Scheiden enden in der Sclera (cf. Fig. 103 und 105). Vor seinem Eintritt in den Bulbus dringen in den temporalen unteren Quadranten des Sehnerven die Art. und Vena centralis retinae: erstere bisweilen etwas früher, durchschnittlich in einer Entfernung von 10 bis 12 mm vom Auge. Bald nach ihrem Eintritt giebt die Arterie nicht selten einen ziemlich starken Seitenast ab, der vor dem Bulbus endet, während der Hauptast mit seinen Zweigen in Papille und Netzhaut übergeht. Letztere erhalten der Hauptsache nach von ihm allein ihr Blut; nur einzelne meist sehr kleine Arterienäste der Papille und angrenzenden Netzhaut (cilioretinale Gefässe) entstammen aus dem Zinn'schen (Haller'schen) Gefässring. Letzterer entspringt aus den hinteren Ciliargefässen und liegt in dem den Opticus umschliessenden Scleralring. Diese Gefässvertheilung spielt bei der Embolie der Art. centr. retin. eine Rolle.

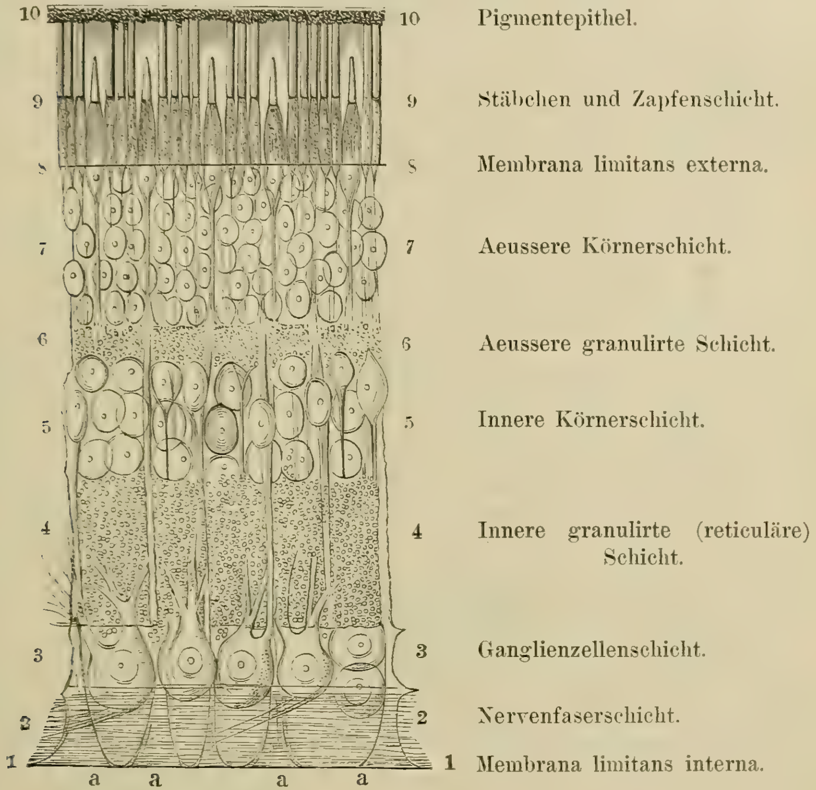
Beim Durchtritt durch das Scleral- und Chorioidealloch erleidet der Sehnerv eine Einschnürung, sein Durchmesser sinkt von circa 3 mm auf 1·5 mm. Auch verliert er seine weisse Farbe, indem die Nervenfasern ohne Markscheide weiter gehen: dadurch erhält er ein mehr graues und durschscheinendes Ansehen. Noch in anderer Beziehung ist diese Stelle von Wichtigkeit. Es zieht hier quer durch den Sehnerven ein mehrschichtiges bindegewebiges Maschenwerk, das, von der Sclera ausgehend, ihn durchsetzt: die sogenannte Lamina cribrosa. Den Theil des Sehnerven, der zwischen Lamina cribrosa und Glaskörper liegt, pflegt man als Papilla optica zu bezeichnen. Doch handelt es sich nicht um eine wirkliche Papille oder Hervorragung; ein grosser Theil liegt sogar noch unter dem Niveau der Netzhaut, da die Nervenfasern nicht

an allen Stellen in gleicher Menge und Dichtigkeit in die Netzhaut übergehen. Gewöhnlich zieht die grössere Zahl der Fasern nasalwärts, die kleinere nach der Gegend der Macula lutea. Dies zeigt sich oft in einer mehr oder weniger ausgedehnten, macularwärts gelegenen Vertiefung, die bei ungewöhnlicher Grösse als physiologische Excavation bezeichnet wird. Auch pflegt die Eintrittsstelle der Gefässe in der Mitte der Papille eine kleinere trichterförmige Vertiefung (fovea) zu zeigen. Der Querdurchmesser der meist runden Papilla optica beträgt in der Regel 1·5 mm.

Die Lage der die einzelnen Netzhautpartien versorgenden Fasern im Opticus bedarf eines Wortes. Vorzugsweise ist es von Interesse, zu wissen, wo diejenigen liegen, welche die Macula lutea versorgen. Pathologisch-anatomische Befunde von Fällen, bei denen es sich klinisch um ein centrales Skotom in Folge retrobulbärer Neuritis handelte, ergaben in der Nähe des Foramen opticum eine centrale Atrophie des Opticus; mehr nach dem Bulbus zu wendete sich die atrophische Partie einen Keil bildend temporalwärts (Samelsohn, Bunge, Schmidt-Rimpler, Uhthoff, u. A.). — Abgesehen von diesem Verlauf der macularen Fasern liegen in der Nähe des Bulbus nach meinen Untersuchungen die ungekreuzten Fasern, welche die temporale Netzhauthälfte versorgen, vorzugsweise an der oberen und unteren Peripherie, sowohl auf die temporale wie auf die nasale Seite etwas übergreifend, während die für die nasale Netzhauthälfte bestimmten Nerven das Centrum und das mittlere Drittel der nasalen Opticus-Peripherie einnehmen. Hiermit stimmen auch die Untersuchungen Dimmer's überein. Im hinteren, dem Formen opticum, nahe liegenden Theil des Opticus sind die ungekreuzten Fasern temporal liegend, die gekreuzten medial. Im Chiasma bleiben nach ihm erstere lateral, sich allmählich gegen die dorsale Seite wendend, letztere gehen vorzugsweise zum ventro-medialen Theil der gegenüberliegenden Chiasmahälfte, von wo aus sie zum Tractus ziehen und dort zuerst ungemischt am ventralen Rande liegen. — Man kann im Opticus dünnere und gröbere Fasern unterscheiden: letztere werden als „Pupillarfasern“ (v. Gudden) aufgefasst, d. h. als solche, die den Lichtreiz, welcher den Pupillarreflex (cf. S. 134) auslöst, centripetal leiten.

Die Retina zeigt im Querdurchschnitt nach der Eintheilung von Max Schultze von innen nach aussen folgende Schichten (Figur 101): 1) Membrana limitans interna (bezw. M. hyaloidea). 2) Nervenfaserschicht. 3) Ganglienzellenschicht (Ganglion n. optici). 4) Innere granulirte (reticuläre) Schicht. 5) Innere Körnerschicht (Ganglion retinae). 6) Aeussere granulirte Schicht. 7) Aeussere Körnerschicht. 8) Membrana limitans externa. 9) Stäbchen- und Zapfenschicht. 10) Pigmentepithel. Das Pigmentepithel gehört embryologisch, da es aus dem äusseren Blatt

der secundären Augenblase entsteht (das innere wandelt sich zur Retina um), zur Netzhaut. Zieht man jedoch die Netzhaut von der Chorioidea ab, so bleibt das Pigmentepithel grösstentheils auf letzterer haften. Den inneren Theil der Netzhaut (Nervenfaser- bis zur äusseren Körnerschicht) hat man auch als Gehirnschicht, den äusseren Theil (äussere Körnerschicht bis zum Pigmentepithel) als Neuroepithel- oder Sehzellenschicht bezeichnet. — Quer von aussen nach innen durch die



101.

Schematischer Durchschnitt durch die Netzhaut nach M. Schultze.

verschiedenen Schichten hindurchgehend, ziehen feine bindegewebige Fasern (Müller'sche Stütz- oder Radialfasern), die mit pinselförmiger Ausbreitung (a) an der Limitans interna enden. In der Macula lutea verdünnen sich die Netzhautschichten zur Fovea centralis, die Stäbchen fehlen hier ganz und es kommen nur verschmälerte Zapfen vor. Auch zeigen die Müller'schen Stützfasern am gelben Fleck nicht ihre pinselförmige Ausbreitung gegen die Limitans interna hin.

Die Netzhaut liegt in ihren hinteren Partien der Chorioidea auf, ohne mit ihr verwachsen zu sein. Erst vorn, wo der Orbicul. ciliaris anfängt, haftet sie ihr mit einer ausgezackten Kreislinie beginnend (Ora serrata) fester an. Es fehlt hier bereits die Nervenfaser- und Ganglienzellenschicht, während die Müller'schen Stützfasern stark hervortreten. Im höheren Alter bilden sich nicht selten in der Nähe der Ora serrata zwischen den Müller'schen Stützfasern mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume (Iwanoff). Ebenso erfahren die Glashäute Verdickungen; in der Peripherie zeigt sich öfter eine ausgeprägte Hypertrophie der bindegewebigen Elemente mit Atrophie der nervösen (Kuhnt). Auf dem Corp. ciliare besteht der Pars ciliaris retinae und aus zwei Schichten: in der äusseren liegen Pigmentzellen, in der inneren hohe Cylinderzellen. Beide Zellenreihen verschmelzen bei ihrer Fortsetzung auf die hintere Irisfläche zu einer einzigen Pigmentlage.

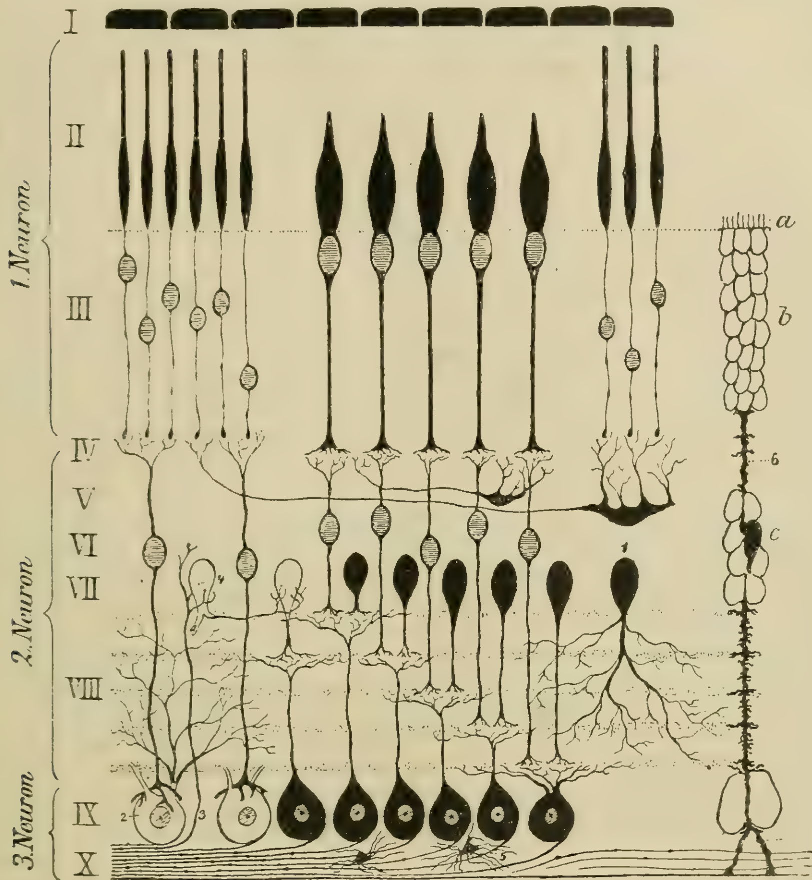
Die äusserste Schicht der Netzhaut enthält, wie Boll gezeigt, einen Farbstoff (Sehroth oder Sehpurpur), der ihrer Hinterfläche ein rothes Aussehen giebt, aber durch Einwirkung des Lichts in einigen Minuten nach der Herausnahme abblasst. Durch entsprechende Belichtung lassen sich helle Figuren (Optogramme, Kühne) auf der Netzhaut — ähnlich wie auf einer photographischen Platte — hervorbringen. Der Farbstoff sitzt in den Stäbchen und wird wahrscheinlich vom Pigmentepithel immer wieder von neuem regenerirt. — Ein weiterer Einfluss des Lichtes auf die Netzhaut wurde beim Frosch beobachtet: die Aussen- und Innenglieder der Stäbchen verkürzen sich im Licht und verlängern sich im Dunkeln (Angelucci, Gradenigo); dasselbe gilt von den Innengliedern der Zapfen (Engelmann). Gleichzeitig ändern die äusseren Körner der Retina ihre Gestalt.

Betreffs des histologischen Baues und des Zusammenhanges der Stäbchen und Zapfenschicht mit den Nervenfasern hat sich Ramon y Cajal besondere Verdienste erworben, indem er die Golgi'sche Versilberungsmethode benutzte und die Neuronlehre (Waldeyer) auf die Netzhaut übertrug. Die Nervenzelle und ihr leitender Fortsatz, der Achsencylinder mit seinen Endbäumchen, bildet eine Einheit (Neuron); dieselbe tritt mit einem andern Neuron nur durch Contact in Verbindung. Ob die anderen kleineren Protoplasmen Fortsätze der bipolaren Ganglienzelle (Dendriten) auch nervöser Natur sind, ist noch zweifelhaft. Nach den Cajal'schen Ergebnissen, die von Greeff, Kallius u. A. nachuntersucht sind, besteht die Netzhaut aus 3 Neuronen, wie die beistehende Abbildung zeigt. Die Fasern enden in den primären Opticus-Ganglien im Gehirn, wo ein 4. Neuron seinen Ursprung nimmt, um die Leitung zum Sehcentrum zu vermitteln.

Die Schicht der amakrinen (*ἀ. μακρὸς* lang. *ἶνος* Faser) Zellen, Zellen ohne langen Fortsatz, welche den Spongioblasten Müller's entsprechen, liegen in der untersten Lage der inneren Körnerschicht. In ihnen enden die von Cajal nachgewiesenen centrifugalen Nervenfasern (Fig. 102). —

Wenn man einen ganz frischen, etwa eben durch Operation entfernten Augapfel äquatorial durchschneidet und die hintere Augapfel-

hälfte in situ betrachtet, so ist es anfänglich schwer, die Stelle der Macula lutea zu sehen; bald aber findet man einen dunkleren, mehr



I. Pigmenschicht.
II. Stäbchen und Zapfenschicht.
III. Körner der Sehzellen.
IV. Aeussere plexiforme Schicht.
V. Schicht der horizontalen Zellen.
VI. Schicht der bipolaren Zellen.
VII. Schicht der amakrinen Zellen.
VIII. Innere plexiforme Schicht (5 Etagen).
IX. Ganglienzellenschicht.
X. Nervenfaserschicht.

1. Diffuse amakrine Zellen.
2. Diffuse Ganglienzellen.
3. Centrifugale Nervenfaser setzt sich an.
4. Association-Amakrine.
5. Neurogliazellen.
6. Müller'sche Radiärfaser.
a. Faserkorb.
b. Seitliche Buchten.
c. Kern

102.

Schema des Baues der menschlichen Retina nach dem Golgi'schen Verfahren (Greeff in Graefe-Saemisch, Handbuch der gesammten Augenheilkunde 2. Auflage S. 87.)

bräunlich-rothen Fleck, der ihren Sitz zeigt. Dieser Fleck hat etwa die Grösse der Papille, wird aber (wohl durch den Eintritt einer leichten

Netzhaut-Trübung) bald kleiner, so dass er sich mehr auf den centralsten Theil der Macula beschränkt. Zieht man die Retina jetzt von der Chorioidea ab und breitet sie auf ein Objectglas aus, so zeigt die Macula eine leicht gelbliche Färbung; letztere lässt sich nicht immer absolut scharf abgrenzen, indem sie sich am Rande allmählich abschwächt. Meist ist die gelbe Färbung etwas ausgedehnter, als vorher bei der Betrachtung in situ der bräunliche Fleck erschien. In dem Centrum des gelben Fleckes der Netzhaut erkennt man einen etwas dunkler pigmentirten Ring oder Halbring, welcher eine kleine hellere, trichterförmige Vertiefung (Fovea centralis) umgiebt. Die Fovea ist meist queroval und hat im Durchschnitt einen horizontalen Durchmesser von 1,7 mm (Dimmer). In ihr sind nur Zapfen vorhanden.

Die frische Netzhaut ist vollkommen durchsichtig. Es tritt daher auf einer dunkeln Unterlage die hellgelbe Eigenfarbe der Macula nicht hervor, sondern giebt dieser Unterlage nur einen etwas dunkleren Farbenton und ein etwas stumpferes Aussehen, (ähnlich wie manche Lacke oder etwa eine Gummilösung). So erklärt sich die dunklere Färbung der Macula, wenn sie auf der Chorioidea in situ bleibt. Ich konnte übrigens durch Verschieben der Netzhaut auf der Chorioidea auch den dunkleren Fleck — entsprechend der Verschiebung der Macula — wandern lassen. Eine stärkere Pigmentirung der Chorioidea unter der Macula ist nicht immer nachweisbar, auch zur Herstellung der dunkleren Färbung wie jener Versuch zeigt, nicht erforderlich. Das Aussehen der Macula lutea im frischen Auge erklärt in der Hauptsache auch das ophthalmoskopische Bild derselben, in welchem sie ebenfalls in dunklerer Nuance als die angreuzende Netzhaut erscheint. Vor meinen diesbezüglichen Untersuchungen hatte man sich mit dem Befunde an Augen, die bereits Verwesungserscheinungen zeigten, begnügt: hier aber tritt die Macula auf der getrübten und undurchsichtig gewordenen Netzhaut, selbst wenn letztere der Chorioidea aufliegt, in ihrer gelben, citronenähnlichen Eigenfarbe scharf hervor. Es konnte daher bis zur Klarlegung obiger Thatsachen das ophthalmoskopische Bild nicht richtig gedeutet werden.

Die Hauptäste der Netzhautgefässe liegen theils auf, theils in der Nervenfaserschicht. Einige Zweige ziehen auch in die äusseren Netzhautschichten bis zur äusseren granulären Schicht. — Auch in die Peripherie der Macula erstrecken sich Capillargefässe, wie man an eben enucleirten Augen, wo noch Blutinjection besteht, sehr gut sehen kann. —

Die Tunica uvea (T. vasculosa s. media) setzt sich aus der Chorioidea, dem Corpus ciliare und der Iris zusammen.

Die Chorioidea ist mit der Sclera nur hinten am Opticuseintritt und vorn am Sulcus sclerae fester verwachsen. Rings um den Opticus und mit ihm ebenfalls in Verbindung stehend geht die Chorioidea in einen dünnen, aus concentrischen Fasern bestehenden Ring über, der das Foramen opticum chorioideae, mehr oder weniger dicht dem Opticus anliegend umschliesst. Zwischen Sclera und Chorioidea liegt ein Lymphraum (Perichoroidealraum), der mit der Tenon'schen Kapsel und der

Sehnervenscheide in Verbindung steht. Man unterscheidet histologisch in der Chorioidea vier Schichten, von aussen nach innen: 1) Suprachorioidea, welche braun aussieht; beim Abziehen haftet ein Theil von ihr der Sclera an (Lamina fusca); sie enthält grössere Gefässe, Nerven, elastisches Gewebe und Pigment. 2) Das Stroma chorioidea (Tunica vasculosa). Hier verlaufen die gröberen Gefässe und vertheilen sich. In ihr liegen die Ven. vorticosae, von denen meist vier Hauptwirbel, je ein Paar für die obere und untere Aderhauthälfte gebildet werden (Fuchs). Sie erscheinen, wie überhaupt die grossen Chorioidealgefässe, ophthalmoskopisch als helle rothe Streifen, da sich das Pigment, [in sternförmigen Zellen auftretend, vorzugsweise zwischen ihnen in den dunkler aussehenden Intervasculärräumen anhäuft. In der äusseren Schicht liegen die grossen, in der inneren, wenig pigmentirten die mittleren Gefässe. 3) Die Choriocapillaris, welche von dem Stroma durch das Sattler'sche Endothelhäutchen getrennt ist. Sie enthält kein Pigment, aber zahlreiche Capillargefässe. 4) Lamina elastica (Glas- oder Basalmembran, M. Bruchii), die in den hinteren Augenpartien glatt und durchsichtig ist, in der Nähe des Corp. ciliare und auf ihm mikroskopische Vertiefungen und Erhabenheiten zeigt; im Alter entwickeln sich drusige Auswüchse auf ihr. Das ihr aufsitzende Pigmentepithel, aus schwarzen sechseckigen Zellen bestehend, gehört, wie oben erwähnt, genetisch zur Retina. — Kurz vor dem Uebergang der Chorioidea in das Corp. ciliare verlieren die Schichten der Chorioidea ihre regelmässige Anordnung, die Choriocapillaris verschwindet ganz. Man bezeichnet diese Stelle als Orbiculus ciliaris.

Im Orbiculus ciliaris beginnen die Anfänge der Muskelschicht des Corpus ciliare sich zwischen Suprachorioidea und Stroma einzuschieben. Nach vorn hin nehmen dieselben an Dicke zu und bilden den Hauptheil des Corp. ciliare. Der Ciliarmuskel (Brücke'scher Muskel, vom Oculomotorius innervirt) stellt sich auf dem Durchschnitt als spitzes Dreieck dar, die Spitze nach hinten gerichtet. Die äussersten Schichten des Muskels, dicht unter der Sclera, laufen meridian, die innersten circulär. Zwischen diesen beiden finden sich Uebergänge, die Bündel divergiren nach innen und hinten. Mit der inneren Wand des Schlemm'schen Canals ist der Muskel durch ein bindegewebiges Band (Sehne des M. ciliaris) fest verbunden. Dem Innern des Auges und der Linse zugewandt trifft man am Corp. ciliare Hervorragungen abwechselnd mit Vertiefungen: die Ciliarfortsätze, ziemlich constant 70 an der Zahl (Merkel). —

Die Iris entsteht aus dem Gewebe der Processus ciliares; sie ist durch das maschenförmige Lig. pectinatum mit der Cornea verbunden. Letzteres schliesst auch den äussersten Theil des Corp. ciliare von der

vorderen Kammer ab. Das eigentliche Gewebe der Iris liegt zwischen zwei Begrenzungshäuten; nach der vorderen Kammer zu befindet sich ein zartes Endothelhäutchen, nach hinten der Linse zu eine aus besonderen zelligen Elementen zusammengesetzte Membran, deren hintere Fläche eine embryologisch aus zwei Schichten hervorgehende Pigmentlage (Fortsetzung der Retina) aufweist, welche sich centralwärts bis zur Pupille fortsetzt und hier umbiegend oft als schmaler schwarzer Pupillensaum erscheint. Hinter dem vorderen Endothelhäutchen liegt eine Schicht anastomosirender Zellen mit eingestreuten lymphoiden Zellen (reticulirte Schicht, Michel); dann kommt die Gefässschicht. Hinter den Gefässen sind die Muskelelemente eingeschaltet: der ringförmig die Pupille einschliessende Sphincter iridis und der radiär verlaufende Dilatator. Letzterer erstreckt sich als dünne Lage radiär geordneter Faserzellen, die vom Margo ciliaris theils bis zum freien Margo pupillaris verlaufen theils vorher mit dem Sphincter iridis in Verbindung treten (Merkel); die musculäre Natur dieser Faserzellen ist neuerdings wieder von Grunert und ebenso von Heerfordt auf Grund vergleichender anatomischer und an atropinisirten Augen ausgeführter Untersuchungen bestätigt worden. In Frage gestellt wurde sie früher besonders von Schwalbe und Eversbusch. Der Sphincter wird vom Oculomotorius, der Dilatator von Zweigen des Sympathicus innervirt. Ausserdem sind Zweige des Trigeminus hier und im Uvealtractus, aus den Ciliarnerven stammend, verbreitet. Die Pupille liegt nicht ganz in der Mitte des Irisdiaphragmas sondern etwas nasenwärts. Im embryonalen Leben befindet sich vor ihr und der Iris die Pupillarmembran; hinter dieser entwickelt sich erst die Iris in Form eines Auswuchses. Schliesslich wird die Pupillenmembran zu dem vorderen Endothelhäutchen (Michel), in der Pupille selbst schwindet sie.

Das Pigment im Irisstroma entwickelt sich erst nach der Geburt. Daher erscheint die Iris der Neugeborenen durch Interferenz (trübes Medium vor einem dunklen Hintergrunde) blau; je nachdem mehr oder weniger Pigment (zum Theil in runden und sternförmigen Zellen) sich bildet, wird die Iris dunkelbraun, braun oder grau. Auf ihr findet man öfter rostbraune und schwarze Pigmentfleckchen; bei Verletzungen hüte man sich, sie als eingedrungene kleine Fremdkörner anzusehen. Die Vorderfläche der Iris zeigt etwa 1 mm vom Pupillarrande entfernt eine kreisförmige Erhebung (kleiner Kreis), die aus einem Kranz vorspringender Balken gebildet wird; letztere entsenden kleinere Leisten, zwischen denen unregelmässige Löcher und Vertiefungen (Krypten) liegen, radialwärts sowohl in die Pupillenzone wie in die peripher gelegene Ciliarzone der Iris. Die Balken des kleinen Kreises enthalten den Circ. arterios. iridis minor. Die Krypten stehen mit spaltförmigen Lücken, welche die

Irisgefässe umgeben, in Verbindung und vermitteln so eine Communication der Lymphräume der Iris und des Lig. pectinatum mit der vorderen Kammer (Fuchs).

Die Iris trennt die vordere von der hinteren Augenkammer, bei ihren Bewegungen schleift sie auf einer Flüssigkeitsschicht auf der Linsenkapsel.

Der Uvealtractus erhält in seinen hinteren Partien (Chorioidea) sein arterielles Blut von den kurzen hinteren Ciliargefässen; in seinen vorderen Theilen (Corp. ciliar. und Iris) von den langen hinteren und den vorderen Ciliararterien. In dieser Partie der Chorioidea finden sich auch noch eine Anzahl rücklaufender Zweige, welche zwischen dem vorderen und dem hinteren Gebiete eine Verbindung herstellen (Leber). Die hinteren Ciliararterien stammen aus der Art. ophthalmica und durchbohren in der Nähe des Opticus die Sclera; die vorderen entspringen aus den Arterien der M. recti und durchbohren nach Abgabe feiner oberflächlicher Zweige (zu Sclera, Cornealrand, Bindehaut) mit ihren perforirenden Aesten die Sclera nicht weit vom Hornhautrande. Sie beide bilden am vorderen Ende des Musculus ciliaris einen circulären Gefässkranz (C. arterios. iridis major).

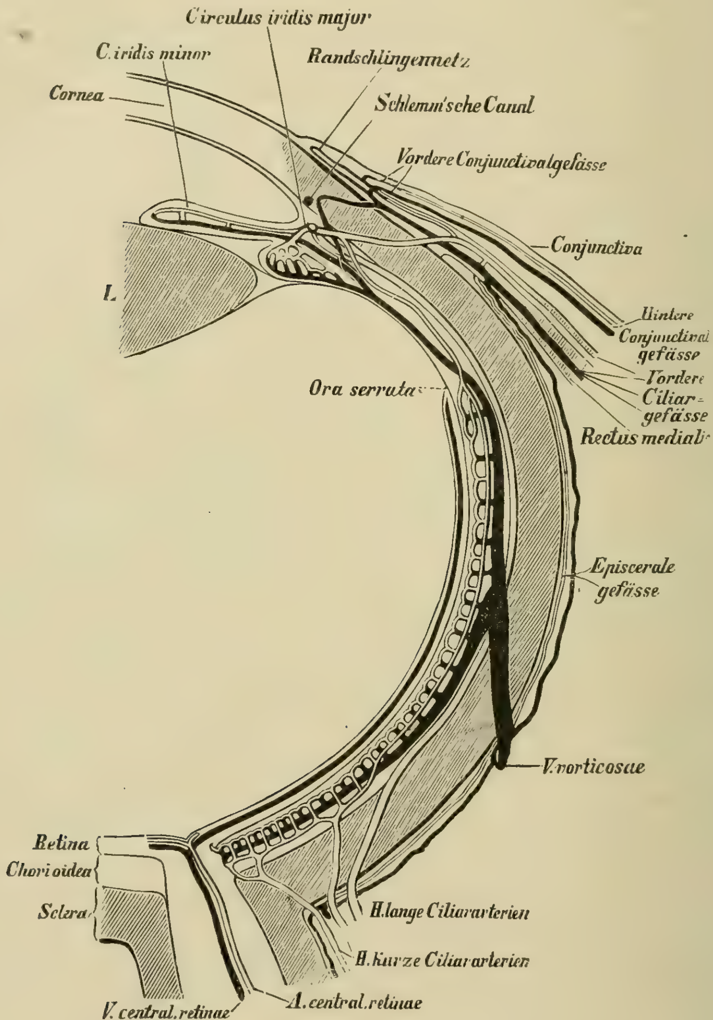
Das venöse Blut wird aus dem Uvealtractus der Hauptsache nach durch die von Lymphscheiden umgebenen Ven. vorticosae abgeführt, welche in schrägen, langen Canälen die Sclera hinter dem Aequator durchsetzen. Sie entleeren sich theils direct in die V. ophthalm., theils in die Muskeläste. Das Blut aus dem Corp. ciliare hingegen wird durch die V. ciliares anticae fortgeführt, die ähnlich wie die Art. ciliar. antic. verlaufen, aber enger sind. Diese Art. und V. ciliar. antic. bilden auf der Sclera am Rande der Cornea ein maschiges Gefässnetz, das, besonders bei Entzündungen stark hervortretend, als ein mehrere Millimeter breiter Saum die Cornea umfasst (episclerales Gefässnetz).

Der circuläre im vorderen Ende der Sclera eingelagerte, rings um den Cornealansatz verlaufende Circul. venos. ciliaris (Leber) oder Schlemm'sche Canal ist ein Venenkranz, der mit den vorderen Ciliarvenen und dem episcleralen Gefässnetze in Verbindung steht (Figur 103).

Wird der Blutabfluss durch die Venae vorticosae nach hinten hin unterdrückt, wie wir es bei Steigerung des intraocularen Druckes öfter beobachten, so geht das Blut vorn durch die vorderen Ciliarvenen, die sich erweitern und starke episcleral verlaufende Aeste zeigen.

Die Lymphe der vorderen Augenhälfte sammelt sich in der hinteren und vorderen Augenkammer und verlässt durch das Maschenwerk das Ligament. pectinatum (Fontana'scher Raum) das Auge, um sich in den Schlemm'schen Canal zu ergiessen (Leber); aber auch die

Iris betheiligt sich an der Resorption des Kammerwassers (Leber, Nuel, Asayama). Klinische Beobachtungen und Experimente haben andererseits erwiesen, dass in das Kammerwasser auch vom subconjunctionalen Raume aus Substanzen eindringen können. Die Absonderung in die



103.

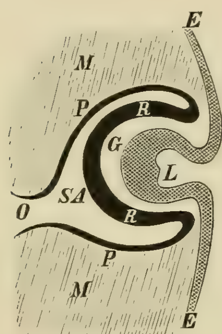
Blutgefässe des Auges. Schematisch nach Leber. — Aus der Zeichnung ist der Verlauf der Gefässe erkennbar. Die Retina wird von der Art. und Ven. centralis retinae versorgt. Die Uvea, von den hinteren kurzen und hinteren langen und von den vorderen Ciliararterien genährt, sendet ihr venöses Blut zurück durch die Venae vorticosae; nur vom Ciliarmuskel gehen Venen als vordere Ciliarvenen, die auch mit dem Schlemm'schen Kanal anastomosirten, aus dem Auge. Es sei noch bemerkt, dass die vorderen Ciliargefässe sich bei Entzündungen mit den hinteren Conjunctivalgefässen durch vordere Conjunctivalgefässen vereinen und zusammen das Randschlingennetz um die Cornea („pericorneale Injection") bilden.

hintere Kammer erfolgt von den Ciliarfortsätzen, deren Epithel bei durch Punktion der Vorderkammer beschleunigter Absonderung blasenförmige Veränderung zeigt (Greeff). Die Flüssigkeit der vorderen Kammer scheint jedoch, wie besonders Experimente mit Fluorescein-Einspritzungen erweisen (Ehrlich, Schick und neuerdings Hamburger), unter normalen Verhältnissen auch von den Irisgefässen abgesondert zu werden, wenngleich nach Punktion der vorderen Kammer die Flüssigkeit vorzugsweise durch die Pupille aus der hinteren Kammer hervorströmt. Als hintere abführende Lymphbahnen, die aber gegenüber dem Lymphabfluss durch die vordere Augenkammer nur von geringer Bedeutung sind, dienen die perivasculären Lymphräume der Centralgefässe des Sehnerven; innerhalb des Glaskörpers erfolgt die Lymphabfuhr durch seinen Centralcanal bis zum Sehnerveneintritt (Stilling, Ulrich). Von Lymphräumen des Auges sind noch zu nennen: 1) Der Perichorioidealraum zwischen Aderhaut und Sclera, 2) der Tenon'sche Raum zwischen Sclera und Tenon'scher Kapsel, 3) der intervaginale Raum zwischen Sehnervenscheide und Sehnerv, 4) der supravaginale Raum, der die Sehnervenscheide umgiebt (Schwalbe). Ebenso wie die Absonderung der Lymphe erfolgt auch die Ernährung der gefässlosen Theile des Auges (Linse und Glaskörper) der Hauptsache nach von der Uvea, speciell vom Ciliarkörper. In die Linse tritt die Flüssigkeit besonders in der Gegend des Aequators ein und circulirt in den vorderen und hinteren Rindenschichten, und zwar scheint eine hinter dem Linsenäquator mit diesem parallel verlaufende Zone den umfangreichsten Nährstrom aufzunehmen; ein weniger bedeutender verläuft in einer gleichen Zone vor dem Linsenäquator und am hinteren Linsenpol (Magnus). Selbst die äusseren Schichten der Netzhaut scheinen in ihrer Ernährung von den Gefässen der Chorioidea abhängig zu sein.

Die Nerven entstammen zum Theil als N. ciliares breves aus dem Ganglion ciliare (Trigeminus, Oculomotorius und Sympathicusäste). Dasselbe wird von Einzelnen als sympathisches Ganglion angesehen (Michel, Bach), von anderen als theils sympathisches theils sensorielles (Bernheimer). Die N. ciliaris longi kommen aus dem N. nasociliaris des N. ophthalmic. Trigemini. Sie durchbohren die Sclera in der Nähe des Opticus und verlaufen in der Suprachorioidea bis zum Corp. ciliare. Hier bilden sie einen Plexus, aus dem die Irisnerven hervorgehen. —

Die Entwicklung des Auges erfolgt so, dass sich zu beiden Seiten der Gehirnblase zwei Ausstülpungen, die primären Augenblasen bilden, welche durch einen Stiel (Opticus) mit der Gehirnblase in Verbindung bleiben. Umgeben sind diese Blasen rings herum von den Zellen des Mesoderms, nur ihr Scheitel ist vom Ectoderm überzogen. In letzterem entsteht alsbald eine Verdickung, die sich in die

Augenblase eindrückt: es ist dies die spätere Linse. Hierdurch wird die vordere Wand der Augenblase nach innen eingestülpt, sodass sie jetzt dicht vor die hintere Wand zu liegen kommt: aus der früher einwandigen Kugel ist jetzt ein doppelwandiges Segment einer Kugel geworden (eine Art Schöpflöffel) — die secundäre Augenblase (Fig. 104). Aus der äusseren Wand derselben wird später das Pigmentepithel, aus der inneren (früher vorderen) die Netzhaut. Bei der erwähnten Einstülpung bildet sich in der unteren Hälfte der Augenblase, zum Sehnerv hinlaufend, eine Rinne, die fötale Augenspalte. Dieselbe ist im Anfang dreieckig gestaltet, die Basis gegen den Linsenrand, die Spitze gegen den Sehnerven gekehrt, in den sie auch rinnenartig einschneidet; sie geht in ziemlich gerader Richtung von vorn nach hinten. Durch sie wächst nunmehr vom Mesoderm aus neues Gewebe zwischen Linse und secundäre Augenblase, einzelne Gewebezellen desselben wären bereits beim Abschnüren der Linse in die secundäre Augenblase gedrängt worden: dies alles gestaltet sich zum Glaskörper um. Wenn nach einiger Zeit der Schluss der Augenspalte durch Zusammenrücken der Blätter der secundären Augenblase erfolgt, wird auch das in der Spalte des Sehnerven liegende Mesoderm-Gewebe eingeschlossen: aus ihm entstehen dann die Centralgefässe des Opticus, welche sich anfänglich in die äussersten Schichten des Glaskörpers fortsetzen und erst später zu Netzhautgefässen umwandeln. Ein Zweig der Centralarterie jedoch zieht direct durch den Glaskörper nach vorn zum hinteren Linsenpol (Arteria hyaloidea); er liegt in dem Canalis Cloqueti. Am hinteren Linsenpol bildet er ein Gefässnetz, welches den hinteren Theil der Linse umspinnt und mit einem ähnlichen, die vordere Fläche umspinnenden Gefässnetz in Verbindung tritt, welches aus dem vorliegen Mesoderm entstammt (Tunica vasculosa lentis). Diese Gefässe schwinden vor der Geburt, lassen aber öfter einzelne Ueberbleibsel als Membrana pupillaris zurück. — Aus dem die Augenblase umhüllenden Mesoderm entwickeln sich die Chorioidea, aus welcher nach vorn hin die Iris herauswächst, und die Sclera. Auch der vordere Scheitel der Augenblase, der ursprünglich vom Ectoderm bedeckt war, wird von dem sich vorschiebenden Mesoderm, welcher die eingestülpte Linse abschneidet, überzogen: hier entsteht die Cornea.



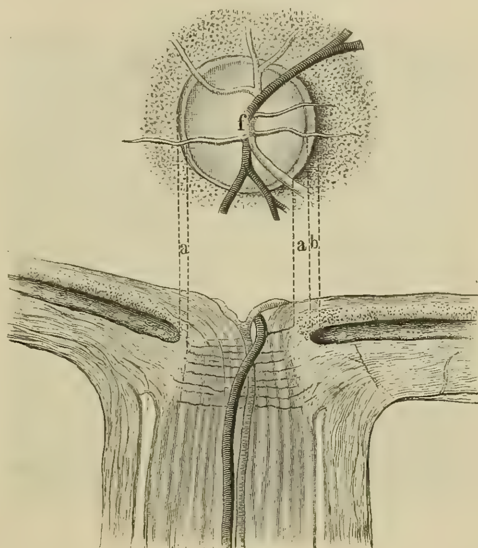
104.
Secundäre Augenblase.

E Ectoderm. *M* Mesoderm. *L* Linse. *G* Glaskörper. *R* Retina. *P* Pigmentblatt. *O* Opticus. *SA* Secundäre Augenblase.

1. Papilla optica.

Ophthalmoskopisch zeichnet sich der Eintritt des Sehnerven in das Auge (Sehnervenquerschnitt) durch eine etwas hellere Färbung vor dem intensiveren Roth des übrigen Augenhintergundes aus. Man kann die Farbe als rosaweisslich, in anderen Fällen als gelbröthlich bezeichnen. Die Gestalt ist rund, meist scharf begrenzt. Bisweilen kommen allerdings ovalere Formen vor, die nicht immer durch astigmatische Brechung des Auges bedingt sind.

Die Papille wird in der Regel von einer feinen weissen Linie (Figur 105a) begrenzt, die aber meist nicht die ganze Peripherie einnimmt. Oft ist sie nach der Seite der Macula hin etwas breiter und bildet hier eine halbmondförmige Figur. Diese Grenzlinie (sogenannter Bindegewebs- oder Scleralring) kommt dadurch zu Stande, dass die Chorioidea nicht überall bis zur Papille herangeht, sondern eher endet und so noch zwischen ihr und Papille Scleralgewebe zum Vorschein kommt. In anderen Fällen hat die weisse Färbung darin ihren Grund, dass die der Papille anhaftende Grenze der Chorioidea nur die Glasmembran und bindegewebige Elemente ohne Pigment und Gefässe enthält. Dort, wo die eigentliche Chorioidea beginnt, findet nicht selten eine etwas stärkere Anhäufung von dunklerem Pigment statt, wodurch eine schmale, schwarze Linie (b) (Chorioidealring) zu Stande kommt, die sich entweder der Papille selbst oder dem weissen Bindegewebsring anlegt.

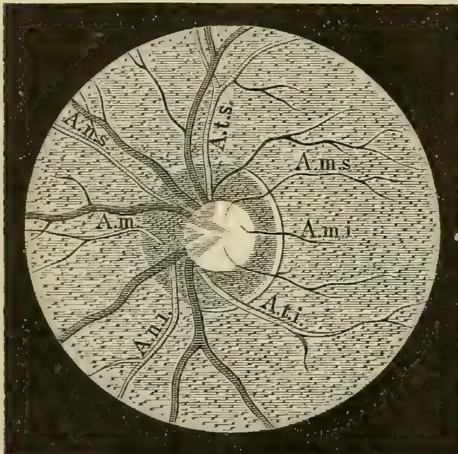


105

Die Farbe der Papille ist meist nicht gleichmässig. So pflegt für gewöhnlich die Austrittsstelle der Gefässe (f) (Fovea der Papille) eine mehr weissliche Färbung zu haben, die sich bisweilen auch noch weiter hin — besonders in der Richtung gegen die Macula — über die Papille ausdehnt. Diese weissliche, weisslichgraue oder graubläuliche Färbung entsteht dadurch, dass an der betreffenden Stelle weniger Nervenfasern und weniger Capillargefässe liegen; die Lamina cribrosa scheint als-

dann hindurch. Bisweilen erkennt man als Ausdruck des Maschenwerks derselben und der durchtretenden Nervenbündel auf der weissen Partie auch eine dunkelgraue Punktirung.

Die Art. und Ven. centralis retinae theilen sich gewöhnlich in der Papille in einen nach oben und einen nach unten gehenden Hauptast. Geschieht die Theilung nicht auf der Oberfläche der Papille, sondern schon vorher, so sieht man ophthalmoskopisch nur diese Hauptäste. Jeder derselben läuft dann wieder, meist in der Nähe des Papillarrandes in einen nasal- und einen temporalwärts ziehenden aus. Magnus hat, dieselben als Art. (respective Ven.) nasalis superior, Art. nasalis inferior, Art. temporalis superior und Art. temporalis inferior bezeichnet. Während diese Aeste die oberen und unteren Partien der Netzhaut versorgen, laufen im horizontalen Meridian nasalwärts die A. mediana und macularwärts zwei sehr feine Gefässe, die Art. macularis superior und inferior. Allerdings kommen nicht selten Abweichungen von diesem typischen Verlaufe vor; doch giebt die erwähnte Benennung meist eine ausreichende Grundlage zur Orientirung (Figur 106).



106.

Die Gefässe stellen sich ophthalmoskopisch als rothe Stränge dar. Die Arterien sind dünner als die Venen, haben einen mehr gestreckten Verlauf und eine etwas hellere Farbe. Auch tritt an ihnen ein central liegender, heller Lichtreflex stärker hervor. Die grösseren Gefässstämme haben nämlich keine gleichmässig rothe Färbung, sondern zeigen einen hellen Streifen in der Mitte, der zu beiden Seiten von einer rothen, dunkleren Linie eingefasst ist. Dieser Streifen rührt daher, dass die von dem Augenspiegel auf die Mitte des Gefässrohrs fallenden Strahlen vollkommener reflectirt werden, als von den seitlich gelegenen Theilen. Nach Dimmer's Untersuchungen entsteht derselbe auf den Venen durch Reflex an der vorderen Fläche der Blutsäule, während er an den Arterien nur Ausdruck des Achsenstromes ist.

An den Venen bemerkt man auf der Papille dicht an der Stelle, wo sie sich in die Tiefe senken, öfter eine sackförmige, dunkele Anschwellung, welche davon herrührt, dass das Gefäss dort eine Art

Knickung erleidet, die zu einer Blutstauung Anlass giebt. Bisweilen sieht man auf der Papille eine Pulsation der Venen. Sie stellt sich so dar, dass kurze Zeit vor dem Radialpuls ein Hauptstamm — selten mehrere Aeste — namentlich dort, wo er in die Tiefe geht, blasser wird, indem das Blut nach der Peripherie der Netzhaut zurückströmt; nach einiger Zeit, kurz nach dem Radialpuls, strömt von der Peripherie das Blut wieder zu, die Vene füllt sich und wird dunkel. Das Phänomen ähnelt dem Vorstossen und Zurückziehen eines dunklen Spritzenstempels in einem Glascylinder.

Diese, unter physiologischen Verhältnissen auftretende Pulsation lässt sich folgendermaassen erklären (Donders). Mit der Herzsystole wird das Blut in verstärkter Menge in die Arterien geworfen, es kommt mehr Blut in das Auge und die stärker gefüllten Arterien erhöhen den intraocularen Druck. So drückt eine verstärkte Kraft auf die leichter comprimirbaren Netzhautvenen, und zwar namentlich auf den Hauptstamm derselben, welcher als dem Herzen relativ am nächsten den wenigsten Seitendruck hat. Es kommt hinzu, dass auch oft durch das Umbiegen aus der verticalen Ebene der Papille in den nahezu horizontal laufenden Sehnerven eine Art Knickung entsteht, welche die Compression dieser Stelle erleichtert. Die Folge des Abschlusses ist ein Zurückstauen des Blutes. Inzwischen ist die Herzsystole vorüber, es fliesst kein neues Blut den Arterien zu, der intraoculare Druck sinkt; gleichzeitig ist das Blut durch das Capillarsystem bis zu den Venen gekommen, hat den Seitendruck in ihnen erhöht, dehnt sie aus und füllt wieder den comprimirten Hauptstamm, durch welchen es das Auge verlässt. — Nach Coccius bewirkt die Steigerung des intraocularen Druckes zuerst einen vermehrten Blutabfluss und darauf wiederum eine Verengerung der Venen, während Helferich die Pulsation von Druckschwankungen im Sinus cavernosus (mit der Dilation der arteriellen Hirngefässe wird das Venenblut verdrängt) abhängig sein lässt; doch spricht gegen einen maassgebenden Einfluss der Blutcirkulation im Sinus cavernosus die Verbindung der Ven. ophthalmica mit den Facialvenen. Türk hat neuerdings zu erweisen gesucht, dass der physiologische Venenpuls durch Fortpflanzung der arteriellen Pulswelle, durch die Capillaren in die Venen (ein progressiver Venenpuls) entstehe. Es sei dies ermöglicht durch den hohen extravasculären Druck, dem die Gefässe im Auge unterworfen sind, derselbe hat eine Verminderung des intravasculären und damit stärkere Pulsation zur Folge. Dass die Pulsation am papillaren Ende der Venen erst deutlich hervortritt, sei durch die an der Knickungsstelle vorhandene Verengerung der Vene bedingt.

Die Pulsation der Arterien kommt nur in pathologischen Fällen vor (s. Druckexcavation), sei es, dass es sich um Augen- oder Allgemeinerkrankungen handelt. Man kann sie sich künstlich vorführen, wenn man beim Ophthalmoskopiren mit dem Finger einen Druck auf den Bulbus ausübt.

Bisweilen beobachtet man eine ungemeine Vergrösserung der vorher beschriebenen centralen weissen und vertieften Partie auf der Papille. Zur Unterscheidung dieser Form der Excavation von der pathologischen führt sie den Namen „Physiologische Excavation“ (s. die Farbendrucktafel). Am Rande der Aushöhlung machen die Gefässe meist eine

Knickung und erscheinen auf dem Grunde nicht mehr ganz so scharf. Man unterscheidet zwei Formen von physiologischer Excavation: eine, welche gerade im Centrum liegt, und eine, welche sich mehr dem Rande nähert und sich meist halbmondförmig nach der Seite der Macula hin erstreckt, ohne dass sie aber die Grenze der Papille zu erreichen pflegt. Die erste Form stellt eine ungewöhnliche Vergrösserung der centralen Fovea dar (cf. Fig. 106). Die letztere erklärt sich so, dass die Zahl der Nervenfasern, welche direct zur Macula gehen, geringer ist als die der nach anderen Richtungen hin laufenden. Die Anschauung Schön's, dass diese physiologische Excavation erst Folge starker Accommodationsanstrengungen sei und zur glaucomatösen überführen könne, ist durch ophthalmoskopische und anatomische Untersuchungen (Merkel und Orr, v. Hippel jun.) widerlegt, die ihr Vorkommen auch bei Neugeborenen erwiesen.

Merkwürdiger Weise ist die Aufmerksamkeit der Ophthalmoskopiker eher auf die pathologischen als auf diese physiologischen Excavationen gelenkt worden. Zuerst spricht von ihnen Förster (1857); die ersten anatomischen Untersuchungen gab H. Müller (1858). — Klein stellte Untersuchungen über die Häufigkeit der physiologischen Excavationen an und fand sie verschieden zahlreich vertreten bei den einzelnen Refractionszuständen: bei Emmetropen und Myopen in 75 Procent, bei Uebersichtigen in 21 Procent.

Bei älteren Individuen erscheint die Papille blasser, weniger glänzend, was theils von der Trübung der Medien, theils von örtlichen, meist atrophischen Veränderungen in dem Nervengewebe herrührt. Der Unterschied ist sehr auffallend im Gegensatz zu den Papillen junger Leute, deren Aussehen Albrecht v. Graefe als ein „virginales“ zu bezeichnen pflegte.

Abnorme Befunde an der Papille.

Es kommt vor, dass die Papille nicht scharf abgegrenzt ist und ganz allmählich und verschwommen in die Umgebung übergeht. Bisweilen ist sie alsdann fast nur durch den Eintritt der Gefässe erkennbar; eine irgend erhebliche Herabsetzung der Sehschärfe braucht nicht mit dieser angeborenen Gestaltsanomalie verknüpft zu sein. In anderen Fällen ist die Papille erheblich kleiner als gewöhnlich, selbst bis zur Hälfte der normalen, nicht rund, mehr oval, oder mit hervorspringenden Ecken. Die Farbe kann gelegentlich mattgrauweiss, andererseits wieder mehr bräunlichroth und selbst dunkler als der übrige Augenhintergrund sein. Doch sind letztere Formen bei normalem Sehen selten. Bisweilen beobachtet man sogar ein Hervorragen der Papille bei normalen Augen,

die man als Pseudopapillitis beschrieben hat; ebenso abnorme Röthung und Verschwommensein der Grenzen (Pseudoneuritis). In der Regel sind diese abnormen Befunde doppelseitig, jedoch habe ich auch das Bild einer Hervorragung der Papilla, das ganz der Stauungspapilla (Papillitis) glich, einseitig gesehen. Bisweilen kann erst längere Beobachtung entscheiden, ob es sich um pathologische Zustände handelt.

Auf der Papille selbst zeigen sich in einzelnen Fällen schwarze Pigmentflecke, auch graue, glänzende auf Drusenbildung zu beziehende Hervorragungen. Ferner kommen eigenthümliche, theils sectorenförmig, theils unregelmässig gestaltete weisse Figuren auf ihr vor. Die Gefässe pflegen an diesen Stellen unterbrochen oder undeutlich zu sein. Es handelt sich dem Aussehen nach um markhaltige Nervenfasern; ähnliche Figuren in der Netzhaut werden durch letztere bedingt werden; auch habe ich Fälle beobachtet, in welchen sowohl auf der Papille als auch in der angrenzenden Netzhaut diese weissen Figuren vorhanden waren. Neuerdings hat Manz auch durch anatomische Untersuchung meine früheren Annahmen bestätigen können. — Oefter sieht man, dass einzelne Gefässe nicht in die Papille selbst gehen, sondern dicht neben der Grenzlinie, noch im Gebiete der Netzhaut verschwinden. Möglicherweise stammen auch diese Gefässe von den Centralgefässen des Sehnerven ab, aber in der Weise, dass letztere sie bereits tief unterhalb der Papillenoberfläche abgeben; oder es handelt sich um kleinere perforirende Aestchen, die von dem die Papille umgebenden Zinn'schen Gefässkranz entspringen (Cilioretinale Gefässe [Schleich]). Ganz vereinzelt ist die Beobachtung Axenfeld's, der zwei retinale Hauptvenen peripherwärts verlaufen und in die Chorioidea sich einsenken sah. Seltener ist die Gefässanordnung in der Art verkehrt, dass alle Gefässe aus der Mitte der Papille unter spitzem Winkel zur nasalen Netzhauthälfte gehen: erst dort erfolgt die Umbiegung der für die temporale Seite bestimmten (Szili). Auch kleine, präpapilläre in den Glaskörper reichende Gefässschlingen kommen angeboren vor (Czermak) oder entwickeln sich intra vitam (Hirschberg). Ich beobachtete einen von der Papillen-Arterie ausgehenden Strang, der sich in den Glaskörper erstreckte und aus zwei um einander gedrehten Arterien bestand: mit dem Einströmen des arteriellen Blutes richtete er sich auf. Bisweilen handelt es sich um Reste der embryonalen Arteria hyaloidea.

Als Coloboma vaginae n. optici hat man eine ebenfalls angeborene Abnormität beschrieben, bei der sich an die stark vergrösserte und excavirte Papille eine weissliche, colobomartige Partie (siehe Coloboma chorioideae) anschliesst.

2. Retina.

Ophthalmoskopisch ist von der Netzhaut im normalen Zustande, wo sie ganz durchsichtig ist, ausser den Gefässen, die sich nach der Peripherie hin immer dünner werdend verästeln, nicht viel zu sehen. Sie deckt wie ein durchsichtiges Glas die Chorioidea und nur dicht in der Nähe der Papille erkennt man bisweilen durch starke weissliche Reflexe die Sehnervenfaserschicht. In Fällen, wo das Pigmentepithel und die Chorioideapigmentirung ausserordentlich schwarz ist, wie bei Negern, erhält man von der ganzen Netzhaut einen ausgeprägteren Reflex. Es scheint alsdann, da das dunkle Pigmentepithel das von den Blutgefässen der Chorioidea stammende Roth, welches dem Augenhintergrunde für gewöhnlich seinen Hauptfarbenton verleiht, nicht durchscheinen lässt, der Augenhintergrund im ophthalmoskopischen Bilde dunkelgrau.

Nach der Entdeckung des Sehpurpurs war man geneigt, diesem vorzugsweise die rothe Färbung des Augenhintergrundes im ophthalmoskopischen Bilde zuzuschreiben (Boll). Doch spricht, abgesehen von der eben erwähnten Färbung des Augenhintergrundes bei dunkelpigmentirten Menschen, vielerlei gegen diese Annahme. Vor Allem sei daran erinnert, dass die Macula lutea ophthalmoskopisch trotz ihrer etwas dunkleren Nuancirung doch immer einen entschieden röthlichen Farbenton zeigt: dieser kann aber nicht auf Sehpurpur zurückgeführt werden, da an der Macula die Stäbchen, in denen er allein sich befindet, vollständig fehlen. Unter normalen Verhältnissen ist jedenfalls ein erheblicherer Einfluss des Sehpurpurs auf das Zustandekommen der rothen Färbung des Augenhintergrundes im ophthalmoskopischen Bilde nicht erweislich. Jedoch beobachtete Adler bei einer ganz frischen Netzhautablösung eine rosa Färbung, die später schwand. — Bisweilen findet man den Augenhintergrund mit eigenthümlichen glänzenden Lichtstreifen, etwa Eisfiguren ähnlich, durchsetzt, die oft, aber nicht immer längs der Gefässe verlaufen: er erhält hierdurch einen moiréeähnlichen Glanz. Man kann diese ungewöhnliche Reflexerscheinung besonders bei Kindern constatiren (vgl. Neuroretinitis).

Ein sehr interessanter Punkt der Netzhaut ist die Macula lutea. Im umgekehrten Bilde erkennt man sie, etwa $1\frac{1}{2}$ Papillendurchmesser von der Papilla (scheinbar) nasalwärts gelegen, als eine braunrothe Stelle von matterem Aussehen. Dieselbe erscheint rundlich oder queroval (selten als ein senkrechtes Oval), ihre Grösse ist etwa der der Papille gleich. Es fehlen in ihr ophthalmoskopisch sichtbare Gefässe. Meist ist die Macula von einem hellen glänzenden Lichtring

umgeben, einem Ring, der bisweilen als scharfe, gleichbreite Lichtlinie auftritt, bisweilen aber auch eine ungleiche Breite und vereinzelte Unterbrechungen zeigt. In der Mitte der Macula ist ein dunkler kleiner Kreis oder Halbkreis zu sehen, der oft einen hellleuchtenden Lichtpunkt einschliesst (vgl. Farbendrucktafel).

Aber nicht bei allen Individuen, selbst wenn man die dunklere Färbung der Macula erkennt, sind diese Einzelheiten vorhanden; besonders die Lichtreflexe am Rande fehlen öfter, fast immer, wenn Unregelmässigkeiten im Pigmentepithel oder pathologische Veränderungen der Chorioidea vorhanden sind.

Im aufrechten Bilde sieht man (natürlich hier temporalwärts von der Papille) meist nur einen kleinen dunklen Fleck, oder eine Figur, die etwa den Schenkeln eines spitzen Winkels entspricht, mit centralem Lichtpunkt. Erstere ist der optische Ausdruck der wallförmigen, dunkel gefärbten Umgebung der Fovea centralis. Der centrale Lichtreflex rührt von der gleichsam als Hohlspiegel wirkenden Fovea centralis. Nur unter besonders günstigen Verhältnissen erkennt man den peripheren Lichtkranz.

Zu bemerken ist noch, dass derselbe auch im umgekehrten Bilde, wenn durch Atropin die Pupille stark erweitert ist, meist fehlt oder schwächer wird.

Der oben gegebene anatomische Befund der Macula am frischen Auge erklärt in der Hauptsache das ophthalmoskopische Bild. Weiterer Ausführung bedarf das Auftreten des hellen Lichtringes um die Macula und die Gestalt desselben. Der helle Lichtring dürfte als optischer Ausdruck des Gegensatzes zwischen dem abgestumpften Ton der Macula lutea, deren Gelb, das auf der Unterlage der Chorioidea nicht in seiner Eigenfarbe hervortritt, mehr Licht verschluckt, und der stärker reflectirenden angrenzenden Netzhaut zu betrachten sein. Es spricht dafür auch, dass seine Breite und Ausdehnung durchaus nicht immer eine gleiche oder gleichmässig begrenzte ist. Auffallend ist, dass der Lichtring im aufrechten Bilde gewöhnlich fehlt; da es sich um einen Lichtreflex handelt, so erscheint es naheliegend, bei der Erklärung hierfür die Menge des eingeworfenen Lichtes in Betracht zu ziehen. Dieselbe ist im aufrechten Bilde — selbst bei Anwendung eines Concavspiegels — geringer als im umgekehrten Bilde. Es ist sehr wohl denkbar, dass hierdurch das Auftreten des Lichtringes weniger deutlich wird, wie andererseits wiederum bei einer zu starken Beleuchtung der Netzhaut (wie sie bei der Untersuchung eines mydriatischen Auges im umgekehrten Bilde stattfindet) der Gegensatz zwischen Macula und Umgebung geringer wird. Uebrigens lassen auch leichtere pathologische Veränderungen (besonders centrale Chorioiditen oder Netzhautaffectionen)

den Lichtring um die Macula, sowie auch die scharfe Abgrenzung in Farbe und Stumpfheit verschwinden.

Die Form und Grösse der Macula erkennen wir genau nur durch den begrenzenden Lichtring. Anatomisch lässt sich dieselbe, wie oben erwähnt, bisweilen nicht so scharf bestimmen. Wenn man sie als Queroval beschrieben hat, so ist doch zu betonen, dass sehr häufige Ausnahmen hiervon stattfinden. Astigmatische Brechung des Auges oder auch astigmatische, durch Schiefhalten der Convexlinse bedingte Ablenkung der Strahlen haben sicher oft Einfluss auf die scheinbare Gestalt der Macula.

Bei der Untersuchung der Macula, sowohl im umgekehrten als im aufrechten Bilde, thut man gut, die Papilla optica einzustellen und dann allmählich durch Seitwärtsbewegung mit dem Kopfe sich in die Sehlinie des Untersuchten zu bringen. Wenn man nur die temporale Partie der Papilla optica im umgekehrten Bilde (mit + 13·0) einstellt, so hat man meist auch noch einen Theil des Lichtkreises der Macula im Gesichtsfelde. Bringt man sich gleich die Macula gegenüber, indem man den Untersuchten heisst, direct in den Spiegel zu blicken, so wird das Finden des Bildes durch Verengerung der Pupille und Cornealreflexe erschwert. Die Lichtreflexe kann man verringern, wenn man die Convexlinse etwas um ihre horizontale Achse dreht: man bewirkt allerdings damit künstlichen Astigmatismus.

Abnorme Befunde an der Netzhaut.

Zuweilen zeigen die Venen ohne sonstige Erkrankungen des Augenhintergrundes ungewöhnliche Schlängelungen oder auch in sehr seltenen Fällen mehr oder weniger zahlreiche Varicositäten. Die Verengerungen der Arterien oder das Auftreten eines sie begleitenden weisslichen Contours (Verdickung der Adventitia, bisweilen auch Infiltration von Leukocythen) ist in der Regel Begleit- oder Folgeerscheinung anderweitiger krankhafter Affectionen des Sehnerven oder der Netzhaut. Ganz ausnahmsweise habe ich auch in der Nähe der Papille feine weissglänzende Contouren an den Gefässen bei sonst normalem Befunde beobachtet. Ueber ihre Pulsation siehe unter Druck-Excavation.

Bei angeborener, doppelseitiger Erblindung ist mehrfach ein breiter graublauer Hof um die Macula constatirt worden (Knapp, Magnus und Andere).

Doppelt contourirte Nervenfasern.

Man findet hier in dem weissrothen Augenhintergrunde neben der Papille kleinere weisse, glänzende Figuren, sectorenartig gestellt und

zwar so, dass die Basis der Sectoren dem Papillenrande aufsitzt (vgl. Farbendrucktafel). Zuweilen ist eine ganze Reihe solcher Sectoren vorhanden. Auch auf der Papille selbst kommen hierbei zuweilen weisse Plaques vor. Seltener sind die weissen Flecke durch eine Partie rothgefärbten Augenhintergrundes von der Papille getrennt. Nicht immer ist die Farbe gleichmässig weiss; bei stärkerer Vergrösserung (aufrechtes Bild) tritt eine streifige Beschaffenheit hervor, an den Rändern sieht man öfter feine röthliche Linien, die sich in das Weiss hineinerstrecken und dem Ganzen etwas Flammenartiges geben. Treten Netzhautgefässe an die Flecken heran, so verschwinden sie zum Theil in ihnen oder werden undeutlich, tauchen aber am entgegengesetzten Rande wieder auf. Virchow, Recklinghausen u. A. wiesen das gelegentliche Vorkommen doppelt contourirter Nervenfasern in der Netzhaut anatomisch nach. Ich habe Gelegenheit gehabt in zwei Fällen, Schweigger in einem Falle, durch die nachträgliche Section festzustellen, dass der eben beschriebene ophthalmoskopische Befund in der That auf Einlagerung doppelt contourirter Nervenfasern beruhe. In meinen Fällen hatten die Nervenfasern, welche in der Lamina cribrosa ihren doppelten Contour verloren, dieselbe dicht neben der Papille in einer, im senkrechten Querschnitt keilförmig gestalteten Partie wieder angenommen. Die Spitze des Keiles war der Netzhaut zugekehrt, indem die Schicht hier dünner wurde. Der blinde Fleck zeigt sich bei Prüfungen entsprechend der Stelle, wo die doppelt contourirten Fasern sich der Papille anschliessen, vergrössert. Diese doppelte Contourirung scheint entsprechend der auch sonst erst spät eintretenden Markscheidenbildung an den Sehnervenfasern erst nach der Geburt einzutreten (v. Hippel jun). Sehr interessant ist die Beobachtung des Schwindens derselben in einem Fall von Tabes (Wagenmann).

3. Chorioidea.

Die Farbe des Augenhintergrundes schwankt bei der ophthalmoskopischen Untersuchung im Ganzen zwischen gelblichroth und röthlichbraun. Wenn man von dem Einfluss der Beleuchtungsintensität absieht, die bei lichtschwachem und lichtstarkem Spiegel im aufrechten oder umgekehrten Bilde sehr verschieden ausfällt, so ist es hauptsächlich die grössere oder geringere Pigmentirung der Epithelschicht, welche Einfluss auf die Farbe hat. Bei hellpigmentirten Individuen kommt von den Blutgefässen der Chorioidea verhältnissmässig viel Licht und wird in röthlicher Färbung reflectirt, bei dunkleren wird das einfallende Licht von dem schwarzen Pigment zum grossen Theile absorbirt. Der

Anfänger hüte sich, in ersterem Falle etwa eine „Hyperämie“ zu diagnosticiren.

Bei Albinos leuchtet sogar die Sclera mit weisslichem Lichte durch, und man sieht auf ihr die Chorioidealgefässe als rothe Stränge. Aber auch bei normaler Pigmentirung erkennt man letztere nicht selten (vgl. Farbendrucktafel). Sie unterscheiden sich sowohl durch grössere Breite, als auch dadurch von den Netzhautgefässen, dass sie nicht die diesen charakteristischen Verästelungen zeigen. Besonders nach dem Aequator bulbi zu lässt die verringerte Pigmentirung des Epithels häufig röthliche, breite Chorioidealgefässstränge, die oft annähernd parallel verlaufen, erkennen und zwischen ihnen eine dunkelbraune und schwärzliche Färbung (intervasculare Räume), die von den pigmentirten zwischen dem Gefässe liegenden Stromazellen herrührt. Man darf diese regelmässigen Figuren (vgl. Farbendrucktafel) nicht mit pathologischen Pigmentanhäufungen (Chorioiditis) verwechseln. Bei gering pigmentirten Personen sieht man auch die Ven. vorticosae in ihrem eigenthümlichen sternförmigen Verlaufe.

Die sechseckigen Epithelzellen geben dem Augenhintergrunde bei starker Vergrösserung ein gekörntes oder chagrinirtes Aussehen.

Abnorme Befunde an der Chorioidea.

Colobom der Chorioidea. Die gewöhnliche Form der „Chorioidealspalte“ hat ihren Sitz nach unten von der Papille; sie bildet in dem Roth des Augenhintergrundes eine weissliche ausgedehnte Fläche, von bisweilen etwas grauer Nuancirung mit einzelnen schwarzgrauen Streifen darin (vgl. Farbendrucktafel). Der Rand dieser nicht selten excavirten Partie ist öfter von schwarzem Pigment umgeben; man erkennt auf ihr Gefässe, die unter einander communicirend eigenthümlich geschlängelt verlaufen; sie stehen meist nicht mit den Netzhautgefässen in Verbindung. Letztere vermeiden in der Regel die Gegend des Coloboms und ziehen am Rande desselben hin. Bisweilen kann man bei hellerem Pigmentepithel des Auges die Fortsetzung eines Chorioidealgefässes von der normal gefärbten Umgebung aus in die Gefässe des Coloboms verfolgen. Das Colobom hat häufig eine dreieckähnliche Gestalt, dessen abgestumpfte Spitze der Papille, dessen Basis dem Aequator des Bulbus zugekehrt ist. Zuweilen geht es so weit nach vorn, dass man ein Aufhören des Coloboms mit dem Augenspiegel nicht mehr erkennen kann. In anderen Fällen endet es früher, so dass man peripher wieder den rothen Augenhintergrund auftauchen sieht. Manchmal ist es auch in 2 Theile getrennt, die näher und entfernter von der Papille sich befinden; in noch anderen Fällen wird die Papille rings von ihm

eingeschlossen. Die Papille selbst ist meist ziemlich normal; ausnahmsweise zeigt sie solche Unregelmässigkeiten in Gestalt und Farbe, dass sie nur an dem Eintritt der Gefässe zu erkennen ist.

Das Chorioidealcolobom ist nicht selten mit partiellem oder vollständigem Colobom der Iris verbunden. Selbst am Corpus ciliare und an der Linse bemerkt man zuweilen Veränderungen, namentlich Einkerbungen. Mikrophthalmus, Nystagmus complicieren öfter das Chorioidealcolobom, das sowohl ein- als doppelseitig vorkommt. —

Ausser dem eben beschriebenen Colobom, welches nach unten von der Papille seinen Sitz hat, sind auch Fälle mitgetheilt, die man als Coloboma circa maculam luteam bezeichnet hat. Die Veränderung findet sich hier am hinteren Augenpol und ähnelt in Farbe und Gestalt den nach unten gerichteten Colobomen.

Diagnose. Man könnte ein Colobom auf den ersten Blick mit einer Netzhautablösung oder ausgedehnten Chorioidealatrophie verwechseln. Von letzterer unterscheidet sich dasselbe durch die eigenthümliche Form und scharfe Umgrenzung, sowie den Gefässverlauf; dennoch handelt es sich bei manchen mitgetheilten Fällen von macularen Colobomen wohl nur um Chorioidealatrophien. Der Netzhautablösung gegenüber zeigt sich ein wesentlicher Unterschied darin, dass wir es bei ihr mit einer Hervorragung zu thun haben, während das Colobom entweder im Niveau der Netzhaut sich befindet oder sogar häufig vertieft ist. Auch das oben erwähnte Verhalten der Netzhautgefässe wird die richtige Diagnose sichern. Dessen ungeachtet kann sie gelegentlich etwas schwieriger werden, wenn die Patienten an Nystagmus leiden und das Hin- und Herzittern der Augen die Untersuchung stört.

Aetiologie. Man hatte früher das Colobom als Ausdruck eines mangelhaften Verschlusses der fötalen Augenspalte aufgefasst.

Handelte es sich aber beim Colobom nur einzig und allein um ein Ausbleiben des normalen Verschlusses der Augenspalte, so würden nur Netzhaut und Pigmentepithel, welche aus den beiden Blättern der secundären Augenblase hervorgehen, dort fehlen. Chorioidea und Sclera hingegen wären, da sie von dem Mesoderm gebildet werden, nicht direct dabei betheiligt. Alle mikroskopischen Untersuchungen jedoch von Colobomen, die nach Structur und Lage aus Anomalien des Augenspaltenverschlusses der Retina und des Pigmentepithels (Haase, Litten, Hirschberg) hervorgegangen sind, haben ergeben, dass auch das Chorioidealgewebe — speciell das Stratum der Choriocapillaris — an dem Orte des Coloboms nicht seine normale Entwickelung gefunden hat. Selbst die Sclera zeigt öfter eine Verdünnung, bisweilen eine Ektasie an der betreffenden Stelle. Der fehlende Augenspaltenverschluss hat demnach auch einen nachtheiligen Einfluss auf die Entwickelung ihm örtlich naheliegender Gewebe geübt, die nicht direct aus der secundären Augenblase hervorgehen. Trotz dieser Complication sollte man diese Fälle ihrer Genese nach als Retinalcolobome (nicht, wie üblich, als Chorioidealcolobome) bezeichnen.

Wenn man aus der klinischen Untersuchung einen Schluss auf das Vorhandensein eines wahren Retinalcoloboms ziehen will, so muss an der betreffenden Stelle ein absoluter Gesichtsfelddefect nachgewiesen sein. Hierbei darf man sich aber nicht damit begnügen am Perimeter mit der Kugel einen Defect gefunden zu haben, sondern muss feststellen, dass überhaupt jede quantitative Lichtempfindung — sei es für die Lampe oder für das Augenspiegelbildchen — daselbst erloschen ist. Nur in diesem Falle dürfen wir ein volles Fehlen der Netzhautelemente annehmen.

Ist hingegen noch quantitative Lichtempfindung vorhanden, so liegt darin der Beweis, dass Netzhautelemente an der Stelle thätig sind. Diese Fälle scheinen nach meinen, auch von Haab bestätigten Beobachtungen nicht selten. Auch einzelne sogenannte maculare Colobome gehören hierher. — Der klinische Nachweis vom Vorhandensein functionirender Netzhaut hat in den mikroskopischen Untersuchungen eine ausreichende Stütze gefunden. Abgesehen von dem älteren bekannten Falle Arlt's haben Manz (1876) und Haab (1878) bei der Untersuchung von Colobomen Netzhautelemente und Pigmentepithelzellen — bei fehlender oder mangelhafter Chorioidealentwickelung — nachweisen können.

Für alle diese Fälle von Colobomen, wo Netzhautelemente und Pigmentepithel vorhanden sind, kann von einem ausgebliebenen Verschluss der primären Augenspalte nicht wohl die Rede sein. Wir haben es vielmehr nur mit einer zurückgebliebenen oder auch veränderten Entwicklung in der Gegend der Fötalspalte zu thun, die am schärfsten im Chorioidealgewebe hervortritt. Die Störung fällt, wie bereits Haab mit Recht betont hat, genetisch vorzugsweise in das Gebiet des von den Kopfplatten (Mesoderm) gelieferten Gewebes. Es bestehen hier in der That echte Chorioidealcolobome.

Wenn wir demnach schon berechtigt sind, für eine Reihe von Colobomfällen, die local und ihrer Lage nach durchaus der fötalen Augenspalte entsprechen, das Offenbleiben der letzteren nicht als directe Veranlassung der Entwicklungshemmung zu betrachten, so treten noch gewichtigere Bedenken bei den Fällen hinzu, wo die geometrische Lage des klinisch beobachteten Coloboms (z. B. des macularen) nicht der der Fötalspalte, soweit wir sie durch embryologische Untersuchungen kennen, entspricht. Es ist hieraus zu schliessen, dass die Bildungshemmungen in den hinteren Partien der Augenhüllen zwar mit Vorliebe ihren Sitz in der Gegend der Augenspalte nehmen, sich aber weder auf das Terrain derselben streng beschränken, noch stets von ihrem Offenbleiben herrühren.

Auch ist zu beachten, dass intrauterine Entzündungen gelegentlich ähnliche Gestaltungen hervorrufen. Bei den eigentlichen Colobomen finden sich aber auch anatomisch keine entzündlichen Veränderungen (Hess).

Drittes Kapitel.

Erkrankungen des Sehnerven.

Entzündliche Erscheinungen am Augapfel, die äusserlich sichtbar wären, fehlen bei den Erkrankungen des Sehnerven und der Netzhaut; meist auch bei den, weiter unten zu besprechenden der Chorioidea. Hingegen ist das Sehvermögen fast immer in geringerem oder höherem Grade gestört.

1. Hyperämie und Anämie des Sehnerven.

Die hyperämische Papille erscheint stärker geröthet und hat etwas weniger Glanz; das Weiss der centralen Vertiefung verschwindet; die Contouren treten meist nicht so scharf wie sonst hervor. Jedoch fehlen intensivere Gewebstrübungen. Die Diagnose ist nicht immer leicht zu stellen, da die Färbung des Sehnerven in weiten Grenzen schwankt. Bisweilen wird sie durch den Vergleich mit dem anderen, gesunden Auge erleichtert. Wir finden Sehnervenhyperämie in der Regel consecutiv bei Retinitis und bei Chorioiditis; auch bei Iritis ist sie öfter vorhanden. Im ersteren Falle werden die pathologischen Veränderungen in der Netzhaut ausreichend hervortreten. Hingegen sind die chorioidealen Veränderungen besonders im Beginne der Erkrankung nicht immer ophthalmoskopisch zu erkennen; oft entwickeln sich erst nach einiger Zeit die charakteristischen Pigment- und Farbenumwandelungen. Leichtere Röthungen werden auch sonst an gereizten Augen, z. B. bei Accommodationskrampf oder bei nicht corrigirter Hyperopie, gelegentlich beobachtet. Bei der von A. v. Graefe als retrobulbäre Neuritis aufgefassten Krankheit kann es ebenfalls zeitweise zu einer Hyperämie der Papille kommen, ehe sich, wie meist, atrophische Veränderungen zeigen.

Oefter wurde die Ansicht ausgesprochen, dass die Blutcirculation der Sehnervenpapille in der Weise ein genaues Abbild der cerebralen gebe, dass bei Hirncongestionen stets Hyperämien, bei Anämien Entfärbungen der Papillen beständen. Doch trifft dies nur in verhältnissmässig wenigen Fällen zu.

Besonders bei Geisteskranken wollte man oft am Opticus entsprechende pathologische Veränderungen gesehen haben. Ich selbst habe bei 127 Patienten der Irrenabtheilung des Professors Westphal in Berlin nur 13 einigermaassen

nicht einmal absolut sichere pathologische Veränderungen an der Papilla optica gefunden. Aehnliche Ergebnisse haben andere Ophthalmologen (Manz. Leber) gehabt. Später untersuchte ich wieder 74 Irre der Marburger, unter der Leitung des Professor Cramer stehenden Anstalt; ich konnte nur sechs hierhergehörige pathologische Befunde constatiren. Sclerotico-Chorioiditis, glaucomatöse Excavation und Aehnliches sind natürlich nicht mitgerechnet. Auch halte ich mich nicht berechtigt, wie andere Untersucher, eine leichte Trübung der Papille und der Netzhaut, die sich in einer Art Verschleierung des Augenhintergrundes (er soll „lichtschwächer und matter" sein) zeigt, bei übrigens normaler Sehschärfe, mit Sicherheit als pathologisch anzusprechen. Alter, Pigmentirung u. s. w. bewirken hier breite physiologische Unterschiede. Mit Hinzurechnung derartiger Fälle ist allerdings Uhthoff (1883) wieder zu einem sehr hohen Procentsatz pathologischer Befunde gekommen. — Unter den Marburger Kranken, die ich untersuchte, befanden sich 15 mit progressiver Paralyse. Trotzdem die Untersuchung im umgekehrten und aufrechten Bilde geschah, war ich nur in einem Falle in der Lage ein Bild zu sehen, das der von Klein beschriebenen Retinitis paralytica gleich und nicht in die physiologische Breite zu fallen schien. Dieser Autor bezeichnet mit obigem Namen einen Augenspiegelbefund, der sich zusammensetzt aus einer Netzhauttrübung, ähnlich, aber höhergradig als man sie bei Greisen findet, und einer eigenthümlichen Beschaffenheit der Retinalgefässe, die sich stellenweise, und zwar hauptsächlich durch Vergrösserung der beiden dunklen Contouren bei gleichbleibendem centralem Lichtreflex, verbreitert zeigen. Klein sah unter 134 Geisteskranken in 29 Fällen (18 Mal bei progressiver Paralyse) dieses Bild. Uhthoff fand ebenfalls die Netzhauttrübung (bisweilen mit Hyperämie der Papille verknüpft) in 36 Procent der Paralytiker; die Gefässveränderung aber sah er nicht. — Auch von der pathologischen Bedeutung der Beobachtung Riva's, der unter 117 Geisteskranken bei 30 eine mehr oder weniger ausgeprägte Entfärbung der Chorioidea neben leichter Trübung der Netzhaut beobachtete, konnte ich mich nicht überzeugen. —

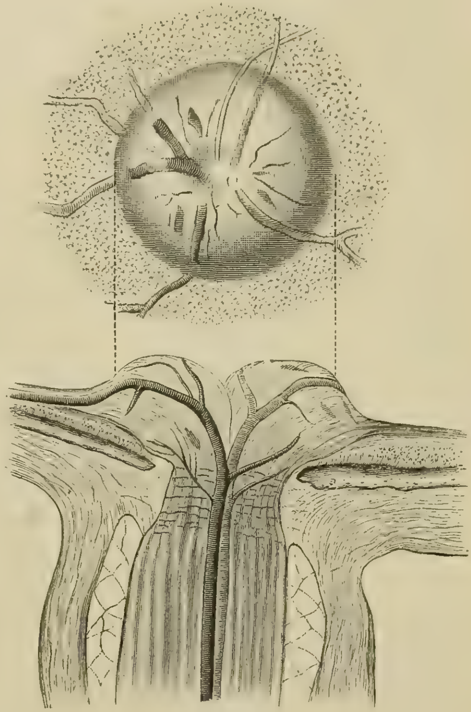
Bei acuter Meningitis oder Encephalitis findet sich nach Manz venöse Hyperämie und etwas Trübung der Papillengrenze ziemlich regelmässig. Derselbe Autor hat auch fast stets einen mehr oder weniger ausgeprägten Hydrops der Sehnervenscheide nachweisen können. Ich selbst habe auch in diesen Fällen oft einen ausgeprägteren pathologischen Habitus, speciell ein Oedem der angrenzenden Retina vermisst.

Bei constitutioneller Syphilis wird häufig eine Hyperämie der Papille — ohne Functionsstörungen — beobachtet (Schnabel).

Die Anämie der Papille zeigt sich durch grössere Blässe der Gewebes und geringeren Blutgehalt der Gefässe. Bei Embolie oder Thrombose der Arter. centralis retinae, Sehnervenblutungen nach hochgradigen Blutverlusten, bei Chlorose, Ohnmachten, im Stadium algidum der Cholera wird sie beobachtet.

2. Papillitis, Neuritis optico-intraocularis. Stauungspapille.

Wir bezeichnen hiermit die Erkrankung der eigentlichen Papilla optica; der extraoculare Sehnerventheil jenseits der Lamina cribrosa ist nur secundär ergriffen. In ausgeprägter Form und doppelseitig findet sich die Affection besonders häufig bei Hirntumoren. Die Papille ragt stark über das Niveau der Netzhaut hervor, oft pilzkopfförmig und kann eine Höhe von 1 bis 2 mm erreichen (Figur 107); bei einer Höhe unter $^2/_3$ mm sollte man die Diagnose nicht sicher stellen, da auch bei Neuritis optica oder Neuroretinitis ähnliche Schwellungen vorkommen können. Auch bei nur einseitigen Papillen-Schwellungen sei man nach dieser Richtung hin vorsichtig. Die Grenzen sind verwischt und verbreitert, da durch die geschwellte Papille der Chorioidealrand verdeckt wird. Die Gefässe erfahren eine Knickung oder Biegung. Man kann bezüglich der sonstigen Beschaffenheit der Papille deutlich zwei Formen unterscheiden; bei der einen, sehr seltenen und für die Diagnose auf Hirntumoren weniger charakteristischen Form, die auch ausnahmsweise als physiologische Abnormität angeboren beobachtet wird, ist das Gewebe des geschwellten Sehnervenkopfes im Ganzen klar und durchscheinend, wie ödematös aussehend, auch die Gefässe sind deutlich erkennbar und wenig verändert; nur die Venen erscheinen besonders auf der Netzhaut etwas dunkler, breiter und oft geschlängelt. Die Erkrankung kann längere Zeit bestehen und selbst in Atrophie übergehen, ohne dass ausgeprägtere Gewebstrübungen hinzutreten. Bei starker Vergrösserung nimmt man allerdings bisweilen an einzelnen Stellen weissliche, trübe Streifen auf der Papille wahr. Auch bei dieser Form können, wie bei der anderen, kleine weisse Plaques auf der dicht angrenzenden Retina hervortreten.



107.

Die zweite und bei Hirntumoren bei weitem häufigste Form der Stauungspapille zeigt viel erheblichere Veränderungen. Die Papille, im Anfange hyperämisch und auch wohl leicht ödematös geschwellt, wird bald trüb und mit grauen Streifen durchsetzt, welche die Gefässe zum Theil ganz verdecken. Meist sind auch deutlich weisse Plaques und Blutungen auf ihr erkennbar. Die Arterien erscheinen eng, sind kaum noch als feine, glänzende Striche zu verfolgen, sind unterbrochen und erlangen erst auf der Netzhaut eine grössere Breite wieder Die Venen sind dunkel und geschlängelt (vgl. Farbendrucktafel). Wenn man mit dem Finger auf den Bulbus drückt, so verlieren die Gefässe ihren centralen Reflexstreifen, die Wände fallen zusammen und machen den Eindruck bläulichrother Striche. Es tritt eine ausgeprägte Ischämie ein. Nur bei geringerer Gewebsschwellung erfolgt mit der Herzsystole eine Wiederfüllung (Arterienpuls). v. Graefe hat einige Male einen spontanen Arterienpuls beobachtet.

In den meisten Fällen, wo ich die Stauungspapille habe entstehen sehen, war das erste Zeichen Hyperämie der Papille und ein Verschwommensein ihrer Grenzen, meist nur nach einer Seite hin und so unbedeutend, dass zur Zeit keine sichere Diagnose auf die wirkliche pathologische Bedeutung des Bildes gestellt werden konnte. In seltenen Fällen beobachtete ich auch folgende Entwickelung: Zuerst Oedem und Hervorragung der Papille, die centrale Fovea noch vollkommen weiss, Papillengrenzen verschwommen, Gefässe normal. Einige Tage später starke Hyperämie, die centrale Fovea geröthet, die Venen verbreitert und geschlängelt und die Arterien stark gefüllt. Nach kürzerer oder längerer Zeit entwickelt sich dann das ausgesprochene Krankheitsbild. — Bisweilen wird auch bei der eigentlichen Stauungspapille secundär die Netzhaut ergriffen (Neuroretinitis). Es kann zu Apoplexien, selbst zu ausgedehnter Bildung weisser Plaques kommen, die vollkommen das Bild der Retinitis albuminurica liefern können.

Die Stauungspapille pflegt sich nach längerer oder kürzerer Zeit unter grauer Verfärbung abzuflachen und in Sehnervenatrophie überzugehen. In einem Falle konnte ich über $^5/_4$ Jahre das Vorhandensein der Papillenschwellung und Gewebstrübung constatiren; nach einem weiteren Jahre fand ich Atrophie. Doch bleiben hier, wie bei der Atrophie nach Neuroretinitis, die verschwommene Grenze der mattweissen opaken Papille, die Enge der Arterien und die Schlängelung der Venen lange bestehen und können noch nachträglich die Diagnose einer vorangegangenen Papillitis gegenüber der genuinen Atrophie sichern. Selbst sehr spät, wenn die Papille glänzend, bläulichweiss, scharf abgegrenzt geworden und die Gefässe verengt sind, kann man

an einem gelblichen, öfter mit Pigment durchsetzten Ring, der sie umschliesst, zuweilen noch an einer leichten Erhebung an circumscripter Stelle, die vorangegangene Entzündung diagnosticiren. Ausserordentlich selten kommt es zu einer fast vollkommenen Restitutio ad integrum, wie H. Jackson, Mauthner, Wernicke und ich Fälle beobachtet haben. Bei syphilitischen Gummata als ursächlichem Moment ist dies mit Heilung der Geschwulst am ehesten zu erwarten.

Die mikroskopische Untersuchung des intraocularen Sehnervenendes lässt in der Regel eine starke Entwickelung und Neubildung von feinen Gefässen und Capillaren und eine venöse Stauung erkennen. Die marklosen Nervenfasern sind leicht zu isoliren und häufig aufgequollen, sie zeigen eine Reihe von eiförmigen Varicositäten, die zuweilen ganz klein, an anderen Stellen so gross sind, dass sie ein ganglienähnliches Aussehen gewinnen. Oft ist in diesen eine Art Kern zu erkennen, oder sie sind von zahlreichen, fettig glänzenden, groben Körnern erfüllt. Diese Hypertrophie der Nervenfasern giebt Anlass zu dem ophthalmoskopischen Bilde der grauen Strichelung oder einzelner weisser Plaques. Daneben finden sich zahlreiche Rundzellen im Gewebe zerstreut. Auch eigenthümliche, runde, völlig homogene Körper, etwas grösser als Blutkörperchen, wurden in der Nervenfaserschicht gesehen (Schweigger). Mehr oder weniger grosse Lücken, wie ich sie besonders in der Nähe der nach vorn gebogenen und auseinander gedrängten, gewucherten Schichten der Lamina cribrosa beobachtet habe, müssen als Ausdruck einer ödematösen Infiltration gelten. Bei längerem Bestehen der Entzündung tritt eine Hyperplasie des Bindegewebes ein. Die Wandungen der Gefässe zeigen öfter Verdickung und Sclerose. Auch die angrenzenden Netzhautpartien sind bisweilen verändert, indem die Müller'schen Stützfasern sich nach aussen verlängern und unregelmässige Vorsprünge bilden; im Gewebe selbst ist zuweilen ein ödematöser Zustand zu constatiren. Die weissen Plaques in der Netzhaut sind zum grössten Theile auf Einlagerungen von Körnchenzellen in die Körnerschichten zurückzuführen. Auch die angrenzende oder unterliegende Chorioidea ist bisweilen betheiligt. Ich habe Drusen der Glasmembran, Verfettung des Epithels, Sclerose der Gefässe der Choriocapillaris und Anhäufung von Fettkörnchenzellen in dem Stratum gefunden. Dieser Nachweis erklärt es, dass im atrophischen Stadium so häufig Pigmentalterationen oder ein graugelblicher Ring oder Halbring neben der Papille sichtbar werden. — Kommt es zur Atrophie, so sieht man in der abgeflachten Papille dichte, bindegewebige Faserzüge mit Verengerung, beziehentlich Schwund der Gefässe. —

Bei der Stauungspapille findet man in der Regel eine stärkere Füllung des subvaginalen Raumes mit Flüssigkeit, die in

der Nähe des Bulbus am stärksten ist, dort eine sackförmige oder ampullenartige Ausdehnung bildend. Man hat diesen Zustand als Hydrops vaginae n. optici bezeichnet. In ausgeprägten Fällen kann man bei der Section ohne besondere Vorsichtsmaassregeln die Flüssigkeitsansammlung constatiren; sonst empfiehlt es sich, den Sehnerven vorher am Foramen opticum zu unterbinden. Gewöhnlich giebt schon eine grosse Schlaffheit und Verschiebbarkeit der äusseren Scheide den Beweis für eine ungewöhnliche Ausdehnung des subvaginalen Raumes, natürlich vorausgesetzt, dass sie nicht Folge einer atrophischen Volumsabnahme des Sehnerven selbst ist.

Der Hydrops ist nicht immer gleich stark ausgeprägt; bei deutlichen Stauungspapillen in Folge von Hirntumoren habe ich ihn nie vermisst. Da aber diese Verhältnisse eine gewisse Breite haben, so dürfte auch gelegentlich ein Beobachter zweifelhaft sein, ob er es mit einer pathologischen oder physiologischen Erweiterung zu thun habe. Bisweilen wird auch eine Wucherung und Zelleninfiltration des bindegewebigen Maschenwerkes in dem subvaginalen Raum (Perineuritis optica) gleichzeitig gefunden (H. Pagenstecher, Michel). Deyl hat eine Compression der Ven. centralis retinae an ihrer Durchtrittsstelle durch die äussere Opticusscheide in Folge des Hydrops intervaginalis gefunden. Der Sehnerv centralwärts von der Lamina cribrosa zeigt im Beginne der Papillitis in der Regel keine Veränderungen; dicht vor der Lamina cribrosa beobachtet man bisweilen eine Ausdehnung der kleinen Arterien. Später kommt es zu Oedem, Einlagerung von Rundzellen, die aber nach Fürstner nur gequollene Gliazellen sind, von Körnchenzellen und Myelin-Tröpfchen, nach deren Schwinden sich unter Zunahme der Bindegewebssepta graue Degeneration entwickelt. Doch pflegt diese Atrophie sich durchaus als eine von der Peripherie ausgehende zu kennzeichnen. In einem von mir untersuchten Falle war die Atrophie und Verdünnung des Sehnerven in der Nähe des Bulbus sehr ausgesprochen, sodass er, 9 mm vom Bulbus entfernt, in einer Richtung nur $1^3/_4$ mm, in der anderen nicht ganz 3 mm maass; 20 mm vom Auge entfernt zeigte hingegen der Nerv normales Verhalten. In anderen Fällen aber tritt diese Degeneration ganz entfernt von der Papille im craniellen Theile des Opticus, im Chiasma und dem Tractus zuerst und allein auf (Türck, Böttcher). Türck beschuldigt als Ursache dieser an und in der Nähe des Chiasma sich zeigenden Ernährungsstörungen den Druck der so häufig durch den stark hydropisch ausgedehnten dritten Ventrikel auf die Oberfläche des Chiasma geübt wird.

Das Sehvermögen kann trotz hochgradiger Neuritis optico-intraocularis normal sein, wie eine Reihe von Fällen es lehrt. Ich habe

beispielsweise bei einer doppelseitigen, $\frac{1}{2}$ Jahr bestehenden Neuritis auf einem Auge volle Sehschärfe, auf dem anderen $\frac{5}{6}$ gefunden. Die Gefässalteration war hier nicht erheblich, dagegen waren kleine, weissliche Striche in der Papille und angrenzenden Netzhaut erkennbar. Diese letzteren sind, wie erwähnt, Folge ganglióser Entartung der Nervenfasern, sodass es scheint, dass diese Erkrankung keinen erheblichen Einfluss auf das Sehvermögen hat. In einem anderen Falle von Stauungspapille, bei tuberculösem Tumor im rechten Kleinhirn, wurde von mir zwei Tage vor dem Tode $\frac{3}{5}$ Sehschärfe bei freiem Gesichtsfelde und gutem Farbensinne constatirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Stauungspapille, die 1·5 mm über der Chorioidea hervorragte, mit ausgedehnter ganglióser Entartung der Nervenfasern, Gefässneubildung und Zelleninfiltration. Bei einem dritten Patienten fand ich sogar bei ausgeprägter Neuritis intraocularis mit starker Schwellung der Papille und weissen Plaques eine Sehschärfe von $\frac{4\frac{1}{2}}{4}$ bei freiem Gesichtsfelde und erhaltenem Farbensinne.

Es ist daher bei allen Patienten, die irgendwie verdächtige Hirnerscheinungen haben, die ophthalmoskopische Untersuchung, selbst wo Klagen über das Sehvermögen fehlen, dringend indicirt. In vielen Fällen wird erst durch den Augenspiegelbefund die Diagnose auf Hirntumor gestellt oder ihr wenigstens eine einigermaassen sichere Unterlage gegeben werden können. — In der Regel leidet übrigens nach einer gewissen Zeit das Sehvermögen, es kommt zu ausgeprägten Amblyopien mit Gesichtsfelddefecten, öfter concentrischer Art. Der Farbensinn ist im Anfange erhalten, verliert sich aber später, wenn das atrophische Stadium heranrückt. Der Lichtsinn bleibt ganz oder nahezu normal, selbst bei starker Amblyopie. Ueber subjective Lichtempfindungen hört man die Patienten äusserst selten klagen. In einzelnen Fällen kommen anfallsweise Herabsetzungen des Sehvermögens oder selbst vollkommene Erblindungen vor, die in Stunden oder Tagen wieder zurückgehen können und auf centrale Ursachen, Schwellungen des Tumor cerebri und dergl. zu schieben sind. H. Jackson hat sie als epileptische Amaurose bezeichnet.

Regel ist es, dass bei Hirntumoren die Papillitis doppelseitig auftritt, wenngleich öfter in kleinen Zeitintervallen und mit ungleicher Entwickelung. Unter 88 Fällen von Hirntumoren mit Sectionsbefund, die Annuske und Reich zusammenstellten, bestand 82mal doppelseitige Neuritis, zweimal nur einseitige; viermal fehlte sie. Oppenheim und Elschnig geben sogar 90% an. Auf der anderen Seite lehrt die Erfahrung, dass in einer Reihe von Fällen, wo die doppelseitige Stauungs-Papille, die sogar mit Lähmungserscheinungen (Augen-

muskelparalyse, Alexie) verbunden war, sicher auf einen Hirntumor hinzuweisen schien, dennoch ein Zurückgehen der Erscheinungen und dauernde Gesundheit Jahre lang beobachtet wird. Auch muss man sich hüten angeborene Papillen-Alterationen, die der Papillitis ähneln (Pseudo-Papillitis), welche aber natürlich nicht fortschreiten und keine sonstigen nervösen Complicationen haben, als krankhaft zu betrachten; von Axenfeld sind solche Fälle veröffentlicht worden.

Erklärungen für das Zustandekommen der Papillitis.

Durch die Steigerung des intracraniellen Druckes, wie er besonders bei Tumoren eintritt, wird ein Uebertreten der das Gehirn umspielenden Lymphe in den intervaginalen Raum der Sehnerven bewirkt, der in der Nähe des Bulbus oft ampullenartig anschwillt. Hierdurch entsteht in den vorderen Partien des Sehnerven besonders in der lamina cribrosa ein Oedem, das die Ven. centralis retinae einengt und Stauungen und Oedem in der Papilla optica hervorruft. Dass der Lymphe noch eine besondere entzündungserregende Eigenschaft zugeschrieben werden müsste (Leber), scheint mir nicht nöthig.

Die grosse Häufigkeit des Auftretens der Stauungspapille bei Hirntumoren wurde zuerst von A. v. Graefe (1859) betont. Da in der Regel keine gröberen Veränderungen am Sehnerven erkennbar waren, die ein directes Fortkriechen des Processes vom Gehirn bis zur Papille wahrscheinlich machten, führte A. v. Graefe die Papillitis auf die durch den Tumor bewirkte Raumbeschränkung im Schädel und eine intracranielle Druckvermehrung zurück. Dieselbe sollte eine Compression der Sinus cavernosi bewirken, — eine Annahme, die früher schon Türck gemacht hat, um von ihm gefundene Netzhautblutungen bei Hirntumoren zu erklären. Hierdurch entstände eine Stauung in der V. ophthalmica und der V. centralis retinae. Bei dem letzten Gefässe würde die Hinderung in dem Blutabflusse in der Gegend der Lamina cribrosa wegen der Unnachgiebigkeit dieses Maschenwerkes am ehesten zu Stauungserscheinungen führen. Andererseits wird, wenn die Stauung hier ein Oedem hervorruft, dieses wiederum das Gefäss zusammendrücken. v. Graefe's Erklärung für das Zustandekommen der Stauungspapille wurde jedoch unhaltbar, als Sesemann (1869) nachwies, dass eine Behinderung des Blutabflusses im Sinus cavernosus durchaus keine Stauungen in der V. centralis retinae hervorzurufen braucht, indem durch die Verbindung der V. ophthalmica superior mit der Facialvene der Blutabfluss in genügendem Maasse stattfinden könne.

Da inzwischen Schwalbe den Zusammenhang zwischen dem Intervaginalraume des Opticus und dem Subdural-, bezw. Subarachnoidealraume des Gehirnes durch Injectionsversuche nachgewiesen hatte, sprach ich (1869) die Ansicht aus, dass bei Steigerung des intracraniellen Druckes die Cerebrospinalflüssigkeit in den Lymphraum der Opticusscheide eindringe und dann weiter ein Oedem der Lamina cribrosa hervorriefe. Es war mir nämlich gelungen, beim Kalbe vom Cranium aus die Lamina cribrosa zu injiciren. Doch müssen bei dem erfolgreich ausgeführten Injectionsversuche gerade bei diesem Thiere besonders günstige

Umstände obgewaltet haben, da ich später beim Menschen durch directe Injection in den subvaginalen Raum keine Füllung der Lamina cribrosa mehr erzielte und dieselbe auch von anderen Beobachtern (Manz, Schwalbe) nicht oder nur zum Theil unter besonderen Vorsichtsmaassregeln erreicht wurde (Wolfring). Wohl aber gelang es Wolfring durch directen Einstich unter die innere Nervenscheide die Lamina cribrosa und weitere längs den Bindegewebsscheiden laufende Räume zu injiciren. Schwalbe beobachtete hierbei auch einen Austritt der Injectionsmasse in den subvaginalen Raum und nimmt danach an, dass die Lymphe der Papille und des Opticus zum Theil durch den subvaginalen Raum nach dem Hirn hin ihren Abfluss nehme. Quincke hat ebenfalls den physiologischen Zusammenhang zwischen den Lymphräumen des Schädels und dem subvaginalen Raum des Opticus erwiesen, indem er fein vertheilten Zinnober in erstere spritzte und ihn später im subvaginalen Raume wiederfand. Weiter wurde pathologisch-anatomisch öfter der Uebertritt von Flüssigkeit aus dem Cranium in die Opticusscheide gesehen (Eiter von mir, Blut von Knapp und später bei Pachymeningitis auch von Schüle, Fürstner u. A.). Dies Alles in Verbindung mit dem Nachweise des Hydrops vag. n. optici lässt die Anschauung, dass bei Vermehrung des Druckes im Schädel Flüssigkeit von dort in den Intervaginalraum übertritt, durchaus gerechtfertigt erscheinen. Die Folge hiervon wird eine Lymphstauung sein, die bei der erwiesenen Verbindung der Lymphräume der Lamina cribrosa mit dem intervaginalen Raume auch in ersteren zu Stauungserscheinungen und Oedemen führen muss. Die Papilla optica kann nun entweder direct durch Uebergreifen des Oedems afficirt werden oder in der Art, dass das Oedem der Lamina cribrosa, die Gefässe einschnürend, zuerst eine venöse Stauung, die secundär wieder zu Oedem führt, bewirkt. Für beide Vorgänge sprechen ophthalmoskopische Bilder. Auch die anatomischen Veränderungen der Nervenfasern lassen sich, wie Kuhnt hervorhebt, durch den Einfluss des Oedems erklären, da experimentelle Versuche Rumpf's zeigten, dass der Achsencylinder markhaltiger Nervenfasern in Lymphe aufquillt und zerfällt; diese Einwirkung der Lymphe muss umsomehr bemerkbar werden, da die Nervenfasern der Papille nicht durch eine Markscheide geschützt sind. Im Beginne, und in einer kleinen Zahl von Fällen auch dauernd, ist bei der Stauungspapille in der That nicht viel Anderes zu sehen. Sehr interessant sind in dieser Richtung auch die Befunde von Hoche, der ähnliche pathologische Veränderungen ohne entzündliche Processe an den Rückenmarksnerven beobachtet hat. Die später hinzutretenden, mehr entzündlichen Erscheinungen lassen sich von der Einschnürung der Arterien ableiten, da der Abschluss arteriellen Blutes nach bekannten experimentellen Ergebnissen zu Entzündungen Veranlassung geben kann. Auch könnte man daran denken, dass sich durch den eingeleiteten Zerfall der Nervensubstanz entzündungserregende Toxine bildeten (Krückmann). Im Ganzen ist es aber gerade bei der Stauungspapille auffallend, dass ausgeprägtere Entzündungssymptome nicht selten vollkommen fehlen.

Die hier entwickelte Ansicht über die Entstehung der Stauungspapille findet eine gewichtige Unterstützung in den Untersuchungen von Manz und neuerdings von Schultén und Merz, die durch Injection von Wasser, defibrinirtem Blut u. s. f. in den Schädel lebender Kaninchen und Hunde deutliche Hyperämien und Schwellung der Papilla optica erzielten. Ebenso hat Manz in Uebereinstimmung mit meinen Befunden die Häufigkeit des Hydrops vag. n. optici bei Hirnerkrankungen, besonders Hirntumoren durch zahlreiche Sectionen erwiesen. Dasselbe bestätigt Deyl, der in etwas anderer Weise, aber ebenfalls unter Annahme einer stärkeren Lymphanfüllung in der Sehnervenscheide die Entstehung der Stauungspapille durch eine Compression der Centralvene in der äusseren Sehnervenscheide erklärt.

Die Erfahrungen über den heilsamen Einfluss der Schädel-Eröffnungen*, selbst wenn die Herausnahme des Tumors nicht gelang (es kam demnach nur die intracranielle Druckverringerung zur Wirkung) dienen weiter zu einer wesentlichen Stütze dieser sogenannten Lymphraum- oder Transporttheorie. Bemerkenswerth ist auch, dass bisweilen gerade mit dem Auftreten der Stauungspapille vorher bestandene heftige Kopfschmerzen aufhören. Dass es in einzelnen Fällen trotz des Vorhandenseins eines Hirntumors nicht zur Stauungspapille kommt, ist bei der Zahl der Vorbedingungen nicht gerade verwunderlich. Einmal bedarf es einer starken intracraniellen Drucksteigerung, die, wie es scheint, besonders bei Tumoren des Clivus öfter ausbleibt, weiter des Uebertrittes von Flüssigkeit in die Sehnervenscheide und schliesslich — und darauf muss mehr Gewicht gelegt werden, als es gewöhnlich geschieht — eines Oedems der Lamina cribrosa, bezw. der Papille. Ehe all das zu Stande kommt, kann der Fall letal abgelaufen sein. Ich ophthalmoskopirte beispielsweise einen Kranken, der an Sarcom der rechten Hirnhemisphäre zu Grunde ging, sechs Tage vor seinem Tode und fand am rechten Auge Verbreiterung und Schlängelung der Venen mit Trübung der Papille ohne deutliche Hervorragung, das linke Auge normal. Am Abend vor dem Tode wurde auch links Trübung der Papille und Hyperämie constatirt. Die Section ergab mässigen Hydrops vaginae n. optici. Wenn demnach in einzelnen Fällen ein gewisser Grad von Hydrops vaginae beobachtet wird ohne Stauungspapille, so erklärt sich dies dadurch, dass derselbe nicht hinlänglich lange bestanden hat, um ein derartiges Oedem der Lamina cribrosa zu veranlassen, dass hierdurch Störungen im Blutstrome der durchziehenden Gefässe entstehen mussten. Bezüglich der paar Fälle, in denen bei längerer Beobachtung die Neuritis bei Hirntumoren nur einseitig war, kann, wie ich schon in meiner ersten Arbeit über diese Frage hervorgehoben, ein Hinderniss in der Gegend des Foramen opticum die Communication zwischen Hirn und Sehnervenscheide abgeschnitten haben. — Dass in einzelnen Fällen wiederum keine Hirntumoren oder Cerebralerkrankungen trotz doppelseitiger Stauungspapille gefunden sind, ist dem Verständniss ebenfalls zugänglich, wenn man sich daran erinnert, dass das ophthalmoskopische Bild der Stauungspapille gelegentlich, wenn auch in ausgesprochenster Form sehr selten, bei descendirender Neuritis und Perineuritis vorkommt. Weiter könnte ja eine intracranielle Drucksteigerung ohne Hirntumor vorhanden gewesen sein. — Auch bestehen, wie oben ausgeführt, bezüglich der Erklärung des Entstehens späterer entzündlicher Vorgänge keine Schwierigkeiten, und glaube ich nicht, dass es nöthig ist, seine Zuflucht zu einer besonderen entzündungserregenden Eigenschaft des in den Zwischenscheidenraum des Opticus gelangenden, serösen Exsudates (als eines Productes intracranieller Entzündung) zu nehmen (Leber, Deutschmann). Wenn dieses Exsudat eine vorzugsweise entzündungserregende Eigenschaft besässe, so wäre es nicht recht einzusehen, warum sich nicht sämmtliche Hirnnerven, die doch beständig davon umspült werden, entzündeten. Auch die oben erwähnten Beobachtungen von Hoche sprechen dagegen.

Parinaud (in ähnlicher Weise auch Ulrich) hat die Neuritis optica intraocularis als Folge eines lymphatischen Oedems in dem Sinne aufgefasst, dass bei interstitiellem Hirnödem eine Fortpflanzung durch den Sehnerv bis zur Papille hin erfolgt. Doch widerspricht dies den anatomischen Befunden, die als Hauptsitz des Leidens die Papille ergeben und die mehr centralen Theile des Sehnerven relativ frei erscheinen lassen. Das häufige Vorkommen einer hydropischen Aus-

---

* Schmidt-Rimpler, Die Beziehungen der Augen-Affectionen zu Allgemeinleiden. Wien 1898.

dehnung der Hirnventrikel bei Tumoren ist nicht zu bestreiten; dieselbe giebt eben eine weitere Veranlassung zur Steigerung des Druckes im Schädel. Dass im Uebrigen einfacher Hydrocephalus meist ungenügend ist, um eine zur Entstehung der Stauungspapille ausreichende Drucksteigerung zu bewirken, wird durch das sehr häufige Fehlen der Neuritis intraocularis bei primärem acutem Hydrocephalus bewiesen. Auch habe ich andererseits Fälle von Hirntumoren mit Stauungspapille gesehen, wo in den Seitenventrikeln bei der Section nur wenig Serum gefunden wurde. Interstitielles Hirnödem fehlt aber recht häufig.

Panas (1876) unterscheidet, um das Zustandekommen oder Fehlen der Stauungspapille bei Hirntumoren zu erklären, zwei Arten, in denen die intracranielle Drucksteigerung auftreten und auf den Opticus wirken könne. Wenn eine Ansammlung von Flüssigkeit im Arachnoidealraume stattfinde, so komme es zum Hydrops der Sehnervenscheide und zur Stauungspapille; werde hingegen ein Druck direct von der Geschwulst oder einer zwischen Dura und Knochen angesammelten Flüssigkeit auf die Sin. cavernosi geübt, so entstehe nur eine Stauung in den Retinalvenen.

Vorkommen. Die doppelseitige Stauungspapille in ihrer ausgeprägten Form, d. h. mit erheblicher Hervorragung und ohne stärkere Netzhautbetheiligung, kommt, wie erwähnt, vorzugsweise bei Hirntumoren (Neuproducten, Cysten u. dgl.) vor; bemerkenswerth ist, dass wir sie bei Hypophysentumoren und Tumoren der sella turcica öfter vermissen, was mit der verschiedenartigen Tiefe der sella turcica zusammenhängen mag. Die Fälle, in denen die Stauungspapille sonst beobachtet worden ist, sind erheblich seltener. Es wären hier anzuführen: extreme cerebrale Congestion (Jackson), Aneurysma an den inneren Carotiden mit secundärem Hydrops vag. n. optic. (Michel), Schädelmissbildungen, besonders Thurmschädel (Hirschberg, Manz), Meningitis serosa (Quincke), basilare Meningitis, besonders gummöser Natur — hierbei kann sich eine starke Perineuritis in dem subvaginalen Raum entwickeln (Zacher) —, Pachymeningitis haemorrhagica und Blutungen an der Schädelbasis mit Eindringen von Blut in die Scheiden (Fürstner), Gehirnverletzungen (Commotio cerebri, Fractura cranii) mit stärkerer Füllung des subvaginalen Raumes (Panas). Auch bei Gehirnabscessen und Erweichungsherden wurde in seltenen Fällen Papillitis beobachtet. Ihr Auftreten lässt sich als Folge eines secundären Oedems der cerebralen Lymphräume auffassen, das zu einer intracraniellen Raumbeschränkung führte; so zeigt sich an frischen Erweichungsherden oft kein Zusammensinken der Gehirnpartie, sondern im Gegensatz eine Volumens-Vermehrung (Wernicke, Wilbrand). Einseitig wird die Stauungspapille bei Orbitaltumoren beobachtet.

Therapie. Die Behandlung ist naturgemäss gegen das ursächliche Moment zu richten. Bei heftigen Kopfschmerzen habe ich öfter mit Vortheil ein Haarseil im Nacken angewandt. v. Wecker hat in einigen Fällen zu gleichem Zwecke bei fast erblindeten Augen die Sehnervenscheide eingeschnitten, um die Flüssigkeit abzulassen, zuweilen mit

sehr befriedigendem Erfolg für das Allgemeinbefinden, was Power, Broadbent und Carter bestätigen konnten. Jedoch ist die Ausführung dieser Operation, insofern man sich durch Sichtbarmachung des Opticus von der Genauigkeit der Punktion überzeugen will, sehr schwierig. Auch subcutane Pilocarpin-Injectionen nützen in einzelnen Fällen. Gegen das Augenleiden selbst kann man bei kräftigen Individuen örtliche Blutentziehungen versuchen. Von Benedikt ist die Galvanisation des Sympathicus empfohlen worden; ich habe nichts Besonderes davon gesehen.

In neuerer Zeit hat man die Eröffnung des Schädels bei Hirntumoren sehr oft mit eclatantem Erfolg auf Rückgang der Stauungspapille gemacht. Aber ohne annähernd sichere locale Diagnose des Hirnleidens oder in Fällen, wo der Tumor an der Basis cranii sitzt, wird man sich kaum dazu verstehen, allein in dem Interesse, das Opticusleiden zu bessern, eine Schädeleröffnung zu machen.

3. Neuritis optica descendens. Neuroretinitis.

Der Process kann sich auf die Papille beschränken, öfter zeigt sich auch die Netzhaut stärker afficirt. Die Papille selbst ist hyperämisch, in ihren Grenzen verschwommen, das Gewebe getrübt. Da auch Gewebsschwellung und Oedem öfter vorhanden sind, so kann gelegentlich das Aussehen der Papille ganz dem der Stauungspapille ähneln, doch gilt — wenigstens für die überwiegende Zahl der Fälle — als charakteristischer Unterschied, dass es nicht zu so hochgradiger Schwellung kommt. Die Affection der Netzhaut besteht in mehr oder weniger verbreiteter Trübung, venöser Hyperämie und Auftreten von Blutungen und weissen Plaques, welche letztere sich bisweilen auch in der Nähe der Macula lutea als ganz kleine Pünktchen, ähnlich wie bei der Retinitis albuminurica zeigen können. v. Graefe hat den Process als descendirende Neuritis beschrieben, da er vom Hirn aus zum Auge hin vorrückt. Ich habe, ebenso wie Magnus und Leber, bei Albuminurie eine reine Neuritis mit mässiger Schwellung ohne Netzhautbetheiligung gesehen. Doch dürften hier wohl gelegentlich auch complicirende Hirn- oder Opticusleiden vorliegen. So fand Michel bei Albuminurie Neuritis in Folge von Blutungen in der Sehnervenscheide. Ich selbst hatte ebenfalls in einem weiteren Falle Gelegenheit, eine doppelseitige Neuritis bei Albuminurie (Amyloidniere) bei einem Kinde zu sehen, ohne dass es bis zum Tode zu einer Retinitis gekommen wäre. Die Section ergab aber neben dem Nierenleiden eine Pachymeningitis haemorrhagica.

Bemerkenswerth war auch in diesem Falle ein eigenthümlicher Glanz der Netzhaut, der in unregelmässigen Flecken und Strichen

besonders längs der Gefässe auftrat. Leber hat diesen Glanz, welcher dem Augengrunde ein moirirtes Aussehen verleiht, bei der Hyperämie der Netzhaut, welche die Miliartuberculose begleitet, öfter beobachtet. Ich habe ihn noch in anderen pathologischen Fällen bei Kindern gesehen, so z. B. bei Atrophia n. optici nach Meningitis und Stauungspapille. Doch hat Mauthner bereits darauf hingewiesen — und ich kann ihm darin nur beistimmen —, dass selbst vollkommen normale Netzhäute kindlicher Individuen nicht selten sehr starke Reflexe liefern, welche durch ihre Intensität und durch ihr Umspringen bei Bewegungen des Auges wie des Spiegels geradezu blendend wirken können. Meist sind diese Kinder schlecht ernährt und anämisch.

Der Ausgang der Neuritis ist häufig Sehnervenatrophie; doch werden auch Heilungen beobachtet.

Vorkommen. Die Neuritis descendens kann einseitig vorkommen. Wenn sie doppelseitig auftritt, so ist doch der Grad ihrer Entwickelung nicht immer gleich. So habe ich gesehen, dass ein Auge ausgeprägte Neuritis zeigte, während das andere nur Schlängelung der Venen und Arterien aufwies; aber auch hier entwickelte sich später — ohne dass eine Neuritis aufgetreten wäre — eine Atrophie. Das ist ein Vorgang, der bei Stauungspapille kaum beobachtet wird.

Die Neuritis descendens ist nicht selten bei Basilarprocessen des Gehirns: so bei kleinen Tumoren, welche direct auf das Chiasma oder den Sehnerv drücken, ferner bei acuter Basilarmeningitis, besonders tuberculöser Natur. In letzterem Falle kommt sie allerdings nicht sehr häufig in ausgeprägter Form vor; meist besteht nur Hyperämie der Papille. Bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis hat Schirmer ausnahmsweise eine Neuroretinitis gesehen. — Bisweilen findet man sie auch bei anderen chronischen Hirnprocessen, besonders bei Kindern; sie endet dann fast immer mit Atrophie. Die Erblindung erfolgt in der Regel ziemlich schnell. Auch bei Erwachsenen kommen ähnliche Fälle vor. Noyes sah doppelseitige Neuritis descendens bei acuter Myelitis, und neuerdings hat Wernicke auch bei den von ihm beschriebenen tödtlichen Erkrankungen, welche capillare Apoplexien im „centralen Höhlengrau“ ohne Zeichen vermehrten intracraniellen Druckes bei der Section zeigten, Blutungen im Augenhintergrund und Neuritis optica mässigen Grades gefunden.

Bei Syphilis, Blei- oder Alkohol-Intoxication, Diabetes, Diphtheritis, Influenza, Anämie, im Puerperium — ohne Albuminurie —, bei Menstruationsstörungen, nach Masern, Scarlatina (Pflüger), starkem Blutverlust, bei Sumpffieber (Poncet) und Sonnenstich (Hotz) ist ebenfalls mehr oder weniger ausgeprägte Sehnervenentzündung beobachtet worden; doch dürften hier nicht selten direct nachweisbare intracranielle Ver-

änderungen die nächste Veranlassung bieten. Die Erkrankung des Sehnerven kann, wie es bei chronischer Meningitis erwiesen, durch descendirende Perineuritis vom Centrum her fortgeleitet werden. In anderen Fällen dürfte auch der Hydrops vaginae n. optici, den Manz, wie erwähnt, bei acuter Meningitis regelmässig fand, zur Papillenaffection Veranlassung geben. Aber auch ein Fortschreiten der Entzündung im Nerven selbst kommt vor.

Dass die Papille bei Netzhautaffectionen, so besonders bei Ret. albuminurica, secundär ergriffen wird, ist nicht zu ungewöhnlich. Auch bei Orbital-Phlegmonen (so nach Gesichts-Erysipel oder Knochenleiden), wo wir als ophthalmoskopischen Befund der eingetretenen Erblindungen später in der Regel Sehnervenatrophie finden, ist im Anfangsstadium, durch die Infiltration und Schwellung des Fettzellgewebes bedingt, bisweilen Neuritis und Neuroretinitis zu constatiren.

Das Sehvermögen pflegt, wegen der stärkeren Affection der Nervenfasern und des oft gleichzeitigen Mitergriffenseins der Retina, gewöhnlich stärker zu leiden als bei der einfachen Stauungspapille; Einengungen des Gesichtsfeldes, auch für Farben, werden beobachtet. Bei der doppelseitigen Neuroretinitis apoplectica eines jungen Mädchens mit Stirnkopfschmerz und Schwindel habe ich vollkommene Amaurose gefunden. Nach drei Monaten aber war das Sehvermögen auf einem Auge bis S $^1/_{10}$, auf dem anderen bis circa S $^1/_{20}$ gestiegen. Fünf Jahre später war S $^1/_8$ auf dem besseren Auge; dabei beiderseits Sehnervenatrophie. Der Ausgang in das ophthalmoskopische Bild der Sehnervenatrophie bedeutet nicht immer vollständige Erblindung. Da trotz ausgeprägter Blässe der Papille nicht alle Nervenfasern atrophisch zu sein brauchen, so kann eine verhältnissmässige Sehschärfe doch noch vorhanden sein und dauernd bestehen bleiben.

Die Therapie wird, unter Berücksichtigung der ätiologischen Verhältnisse, öfter in energischer Weise antiphlogistisch durch Blutentziehung, eventuell auch durch Quecksilber- und Schwitzkuren einzugreifen haben.

4. Genuine Entzündung des Sehnerven. Neuritis optica.

Es können hier ähnliche Bilder vorkommen, wie die zuletzt beschriebene Neuritis descendens sie zeigt. Meist handelt es sich jedoch nur um Hyperämie der Papille mit mehr oder weniger deutlicher Gewebstrübung; die wirkliche Erhebung über das Niveau und Schwellung der Papille, ebenso wie das Auftreten weisser Plaques in der Netzhaut ist ausserordentlich selten. Auch die Ausdehnung der Venen pflegt ge-

ringer zu sein. Als sicheres Zeichen pathologischer Vorgänge dienen uns bisweilen kleine Blutungen neben der Papille, wo diese selbst nur zweifelhafte Abweichungen von der Norm zeigt. In manchen Fällen fehlt sogar jede ophthalmoskopische Veränderung, nur die Amblyopie oder plötzliche Erblindung in Verbindung mit der oft erst nach Wochen sichtbar werdenden secundären Atrophie der Papille lässt eine directe Affection des Sehnerven in seinem extrabulbären Verlauf wahrscheinlich erscheinen. A. v. Graefe hat speciell dieser letzten Form den Namen der retrobulbären Neuritis gegeben. Abgesehen von dem unmittelbaren Einfluss der Erkrankung der Sehnervenfasern, kann für eine plötzliche Erblindung auch darin die Veranlassung liegen, dass es zu einer Compression der im Stamme verlaufenden Gefässe und einer Ischämie der Netzhaut kommt (v. Graefe).

Vorkommen. Die Erkrankung kann in acuter Form auftreten, indem plötzliche Erblindung erfolgt, oder sie kann sich langsam entwickeln. Bei der acuten Form kommt es nicht selten, selbst wenn Tage lang die Erblindung bestanden hat, wieder zur Heilung. Meist lässt sich das Vorhandensein relativer oder absoluter, mehr oder weniger ausgedehnter centraler Skotome nachweisen; dies ist mir selbst in sonst vorgeschrittenen Fällen gelungen: hier schwand central die peripher nachweisbare quantitative Lichtempfindung. Man hat die Affection bei schweren fieberhaften Krankheiten beobachtet; doch dürfte gelegentlich auch eine Verwechselung mit urämischer Amaurose stattgefunden haben. Auch in Folge von Unterdrückung der Menstruation, bei Lues, Uterusleiden, Bleiintoxication und nach Erkältungen ist sie gesehen worden. Nettleship beschreibt eine Form, wo die Sehschwäche ziemlich schnell zunimmt, ohne dass gerade plötzliche Erblindung eintritt, und stets nur ein Auge befallen wird. Die Papille zeigt nur leicht entzündliche Erscheinungen und gewöhnlich erfolgt Heilung. Sehr oft bestehen gleichseitige Kopfschmerzen. Er findet eine klinische Aehnlichkeit mit der rheumatischen Facialisparalyse. Ich habe auch eine doppelseitige Erblindung, die in 4 Wochen wieder heilte, unter gleichen Erscheinungen auftreten sehen. — Eine andere Gruppe, bei der Schmerzen bei Bewegungen des Auges oder spontan im Auge und in der Stirn vorhanden sind, hat man mit einer Periostitis am Foramen opticum (Hock) in Verbindung gebracht und als Ursache Erkältung angenommen; die Affection ist meist einseitig, öfter mit absoluten Skotomen und sonstigen Gesichtsfelddefecten verknüpft. In der Regel tritt Besserung oder Heilung ein. Bisweilen fehlen alle nachweisbaren Ursachen; so beobachtete Hirschberg einen Fall von Neuritis bei einem siebenjährigen gesunden Knaben, wo die plötzliche Erblindung nach sieben Tagen allmählich zurückging. Sehr bemerkenswerth ist die

in der Regel doppelseitige Neuritis optica, die in gewissen Familien bei mehreren Gliedern auftritt, meist in den Pubertätsjahren oder etwas später. Auch hier pflegen absolute centrale Skotome von grösserer Ausdehnung zu bestehen. Trotz zurückbleibender Atrophie der Papille tritt, wie ich gesehen, bisweilen ein verhältnissmässig gutes Sehvermögen wieder ein.

Die chronische Neuritis zeigt nicht immer deutliche Veränderungen an der Papille. Bisweilen ist letztere mässig hyperämisch mit leichter Trübung ihrer Grenzen; aber selbst diese Veränderungen können so temporär sein, dass sie der Beobachtung entgehen und man die Affection einfach als „Amblyopie ohne Befund“ hinstellt. Schweigger hat mehrere hierhergehörige einseitige Amblyopien beschrieben; ich habe auch doppelseitige — bei der einen kam es zu vollständiger Amaurose, die aber zurückging — beobachtet. Später tritt in der Regel eine (meist partielle) weisse Verfärbung der Papille hervor. Das Sehvermögen kann in sehr verschiedener Art leiden. Besonders häufig und eigenartig ist die Form, bei der die Abnahme nur die Stelle und nächste Umgebung des centralen Sehens trifft; bisweilen zeigt sich das centrale Skotom im Anfang nur so, dass der Farbensinn daselbst gestört ist: grün wird für grau gehalten, roth erscheint dunkler u. s w. Im Gegensatz zu den gewöhnlichen Intoxications-Amblyopien (siehe S. 153) wird aber auch weiss schon frühzeitig im Centrum als weniger hell oder als grau angegeben. Später kann auch ein absolutes centrales Skotom mit vollkommenem Verschwinden des Prüfungsobjects eintreten. Meist behaupten die Kranken im Dämmerlicht besser zu sehen. Der ophthalmoskopische Befund ist gewöhnlich anfänglich negativ, später tritt eine Abblassung der macularen Seite der Papilla optica ein. Es finden sich längs des Sehnervenstammes verlaufende, auf entzündliche Vorgänge zurückzuführende circumscripte Veränderungen, die besonders das interstitielle Bindegewebe treffen und secundär die Nervenfasern schädigen (Neuritis interstitialis). Falls das periphere Gesichtsfeld frei bleibt und das centrale Skotom zum Stillstand gekommen ist, kann die Prognose für diese Form insofern günstig gestellt werden, als nicht leicht eine vollkommene Erblindung eintritt. Das Leiden ist in der Regel doppelseitig und kommt, abgesehen von der in einzelnen Familien bei verschiedenen Kindern auftretenden Form, fast nur bei Männern vor. Als besondere Ursachen werden Erkältung, Blendung durch grelles Sonnenlicht, Syphilis angeschuldigt. Auch bei disseminirter Cerebrospinal-Sclerose findet sich diese Erkrankungsform (Uhthoff). In mehreren von mir beobachteten Fällen, die ganz typisch verliefen, bestand Diabetes; einer derselben, welcher zur Section kam, zeigte eine Atrophie der macularen Fasern des Opticus, welche vom Auge bis etwa über den Gefässeintritt zu verfolgen war, aber dann aufhörte.

Die Therapie wird auch hier vorzugsweise die ätiologischen Momente zu berücksichtigen haben. Von sonstigen Mitteln pflegt das Jodkali mit Vorliebe angewandt zu werden, auch Schwitzkuren, etwa mit Pilocarpineinspritzungen, und Natr. salicylicum sind empfohlen. Nach meinen Erfahrungen ziehe ich bei acuten und speciell entzündlichen Formen Mercurialien (Schmierkur oder Sublimatinjectionen) vor. Dieselben bringen bisweilen sogar noch Nutzen, wenn bereits eine atrophische Abblassung der Papille vorhanden ist. Von örtlichen Mitteln ist das Ansetzen künstlicher Blutegel bei nicht zu schwächlichen Individuen oft nützlich: doch controlire man genau durch häufigere Prüfungen ihren Einfluss auf das Sehvermögen. Weiter ist bei mehr indifferenter Behandlung das Einreiben schwacher Quecksilbersalben in Stirn und Schläfe üblich. Ist die Atrophie ausgeprägt, so können Strychnineinspritzungen (1—2 Milligramm) in die Schläfe versucht werden, ebenso der constante Strom.

5. Atrophia n. optici.

Die normal röthliche Papilla optica zeigt sich bei der ophthalmoskopischen Untersuchung entfärbt, blass, von weissem, weissgrauem oder weissbläulichem Farbenton (vgl. Farbendrucktafeln). Dabei pflegen die schon früher weiss erschienenen Stellen, etwa die Fovea, aus der die Gefässe treten, oder eine vorhandene physiologische Excavation, noch länger ihren Unterschied in der Farbennuance zu behalten. Die Grenzen sind meist scharf, der Scleralring deutlich hervortretend. In gewissen Fällen verliert die Papille ihren runden Contour und wird unregelmässig gestaltet, erscheint auch kleiner. Die Gefässe sind entweder normal weit oder verengt, besonders tritt an den Arterien die Verengung öfter hervor. Wenn es zum Schwunde der Nervenfasern kommt, ohne dass durch neugebildetes Bindegewebe ein Ersatz geschaffen wird, so entsteht eine muldenförmige Vertiefung, in deren Grunde man die Lamina cribrosa mit ihrem feinen Maschenwerk durchscheinen sieht, die sogenannte atrophische Excavation.

Die Verfärbung der Papille ist im Beginn nicht immer leicht zu diagnosticiren. Dass die ophthalmoskopische Untersuchung mit Benutzung des Tageslichtes hier eher zum Ziele führt, habe ich nicht gesehen. Die Blässe der Papille dürfte zum Theil auf Obliteration feinster Gefässe beruhen. Wenn die Atrophie der Papille sich als Folge einer Neuritis, sei sie intraocular oder retrobulbär, entwickelt hat, so pflegt die Enge der Gefässe auffallend zu sein; sie ist bei den Arterien öfter mit einer Verdickung ihrer Wandungen verknüpft, wodurch die rothe Blutsäule

alsdann verschmälert erscheint. Auch sind, wie oben erwähnt, nach Papillitis noch eine Zeit lang die Grenzen der Papille verschwommen und die Venen zeigen eine grössere Breite und Schlängelung; später tritt oft ein gelber Ring oder Streifen um die Papille hervor, der breiter und anders gefärbt ist, als der normale weisse Scleral- oder Bindegewebsring. Ebenda finden sich auch öfter Pigmentalterationen. In diesen Fällen kann übrigens, wie bereits bemerkt, das Sehvermögen trotz ausgesprochener Atrophie der Papille noch ein relativ gutes sein. So fand ich bei einer einseitigen weissen Atrophie noch Sehschärfe $^4/_9$, freies Gesichtsfeld, aber fast vollkommen aufgehobenen Farbensinn. Diese Form ist es vorzugsweise, bei der ein Stationärbleiben des Sehens zu erwarten ist. Ich habe Kranke eine Reihe von Jahren in Beobachtung gehabt, deren Sehvermögen trotz ausgesprochenster doppelseitiger Atrophie nach Neuritis sich unverändert erhalten hat. Beachtenswerth ist, dass sich bei der Prüfung dieser Patienten leicht Ermüdung einstellt, so dass sie im Anfang erheblich besser sehen als später.

Auch die partielle Atrophie des Sehnerven, wie sie, oft schon nach wenigen Tagen, in Folge directer Verletzung (z. B. Stich in die Orbita) beobachtet wird, bleibt gern stationär. So kenne ich einen Patienten, der seit über sieben Jahren in Folge eines Stiches, der durch das obere Lid ging, eine Hemianopsia superior — mit horizontaler Trennungslinie — bei S $^1/_6$ hat. Die Lage der besonders atrophisch erscheinenden Stellen in der Papille stimmt in derartigen Fällen öfter, aber durchaus nicht immer, mit der Lage des Gesichtsfelddefectes überein.

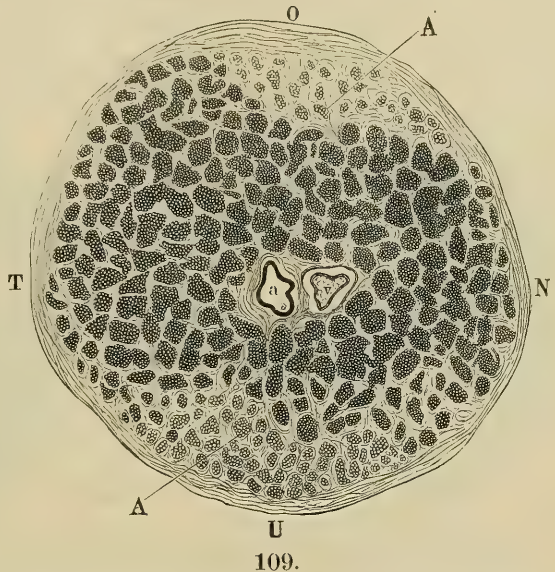
Besonders eigenartig ist die Form der Atrophie bei Retinitis pigmentosa: hier hat die Farbe der Papille meist etwas eigenthümlich Wachsartiges, dabei sind die Gefässe, besonders die Arterien, ausserordentlich eng. Aus dem Aussehen der Papille kann man bisweilen schon das Vorhandensein der Netzhautpigmentirung vorhersagen.

Nach Phthisis des Augapfels in Folge von Irido-Cyclitis oder eitrigen, intraocularen Processen pflegt sich auch eine Atrophie des Sehnerven, die natürlich der ophthalmoskopischen Untersuchung nicht mehr zugänglich ist, auszubilden. Sie kann sich im Laufe der Jahre bis zum Chiasma und darüber hinaus erstrecken. Der Sehnerv wird erheblich dünner und erhält ein graues, glänzendes Aussehen. Bisweilen finden sich mikroskopisch auch Amyloidkörperchen in der atrophischen Nervensubstanz. Das interfibrilläre Bindegewebe ist hypertrophirt und bildet ein enges Maschenwerk. Die Nervenfasern können derart zerfallen, dass man in Querschnitten erhärteter Präparate von ihnen nichts mehr wahrnimmt. —

Die selbständig, ohne vorangegangene deutliche Entzündungsvor-

gänge sich allmählich ausbildende Sehnervenatrophie, die das umschriebene Krankheitsbild der progressiven Amaurose liefert, tritt meist als graue Degeneration des Sehnerven (Leber) auf.

Sie ergreift den Nerven entweder in seiner ganzen Ausdehnung oder fleckweise. Die atrophischen Bündel, welche kleiner und von unregelmässigem Querschnitt sind, zeigen marklose, blasse Fasern, die später sich zu ziemlich resistenten Fibrillen umwandeln. Bei der Weigert-schen Färbemethode nehmen sie in Folge des Schwundes der Markscheide nicht die dunkelblaue Farbe der normalen, markhaltigen Nervenfasern an (Figur 109 A). Dazwischen finden sich Fettkörnchenzellen und zahlreiche glänzende Myelintröpfchen. Bei geringerer Ausbreitung ist der Process mikroskopisch nicht zu erkennen; bei stärkerer wird der Sehnerv dünner und erhält ein gelbliches, durchscheinendes Aussehen. — In der Netzhaut atrophirt allmählich die Nervenfaser-und Ganglienschicht.

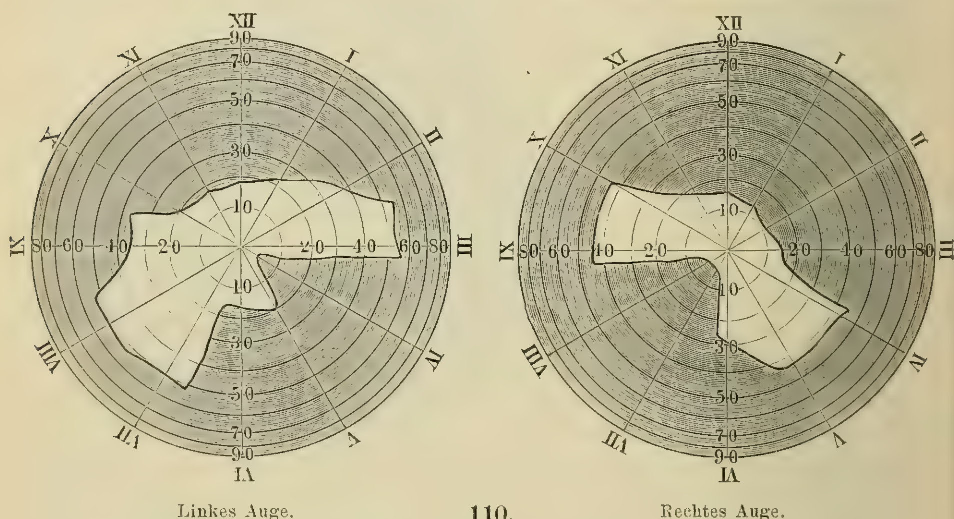


109.
Querschnitt eines oben und unten atrophischen Sehnerven (A, A). a = Arteria centralis retinae. v = Vena centralis retinae. O obere, U untere, T temporale, N nasale Seite.

Die Affection entsteht häufig als Vorläufer von oder in Verbindung mit Rückenmarks- oder Gehirnleiden, kann aber auch selbständig auftreten. Sehr interessant ist eine Beobachtung von Wagenmann, welche erweist, dass bei Tabes der Opticus auch zuerst peripher erkranken kann: bei einem Tabiker wurde im Beginn des Leidens das Verschwinden der früher in der Netzhaut vorhandenen doppelcontourirten Nervenfasern constatirt. Oefter ist Syphilis nachweisbar. Es findet sich neben der gelegentlich erst später sich herausbildenden weissen Verfärbung der Papilla eine allmählich zunehmende Herabsetzung der Sehschärfe mit gleichzeitiger Verengerung des Gesichtsfeldes. Die bezüglichen Defecte des Gesichtsfeldes können nach den verschiedensten Richtungen hin auftreten, nicht selten zuerst nach aussen. Zuweilen ist die Gesichtsfeldeinschränkung schon sehr hochgradig, während noch relativ gute centrale Sehschärfe besteht. So hatte der Kranke,

dem nebenstehendes Gesichtsfeld (Figur 110) angehört, rechts noch fast volle Sehschärfe, links $^5/_9$. Daneben tritt meist schon frühzeitig Farbenblindheit auf, und zwar in der Regel so, dass die excentrischen Grenzen, bis zu der die einzelnen Farben erkannt werden, sich immer mehr einengen und dem Fixirpunkt nähern. Dabei gehen dann grün und roth am ehesten verloren. Nur in seltenen Fällen beginnt das Leiden mit einem centralen Farbenskotom. Der Lichtsinn ist bezüglich der Reizschwelle meist normal, bezüglich der Unterschiedsschwelle meist verschlechtert. Ueber subjective Licht- und Farbenerscheinungen wird wenig geklagt. In der Regel werden beide Augen ergriffen.

Der frühere oder spätere Ausgang ist fast immer Erblindung, wenngleich bisweilen ein gewisser, selbst jahrelanger Stillstand mit leidlichem



Linkes Auge. **110.** Rechtes Auge.

Sehvermögen beobachtet wurde. Besonders ist die Prognose ungünstig, wenn Rückenmarksaffectionen (nach Uhthoff in 37 Procent der Fälle) mit im Spiele sind. Hier pflegt die Pupille oft eng zu sein (Miosis bei sogenannter spinaler Amaurose). Weiter ist auf Ataxie, charakteristische Schmerzen, Lähmungen u. dgl. zu achten. Auch das Ausbleiben des Reflexes beim Anschlagen der Patellarsehne, welches Westphal zuerst als frühzeitiges Symptom des Tabes hervorgehoben, kann von Bedeutung für die Prognose werden. Ferner stellt die progressive Paralyse der Irren (4—5 Procent der betreffenden Fälle) ihr Contingent von Sehnervenatrophie.

Die Therapie muss vor Allem schwächende Einflüsse vermeiden: Aufenthalt in Gebirgsgegend, gute Diät und Anwendung des constanten Stromes (2 Milliampère, indem man zuerst die Kathode auf das ge-

schlossene Lid, die Anode in den Nacken setzt und nach einigen Minuten damit wechselt) geben noch den besten Erfolg. Von medicamentösen Mitteln ist weiter Argentum nitricum und Jodkali besonders empfohlen worden; von Strychnin-Injectionen in die Schläfe (Nagel) habe ich mehr Nutzen bei den Formen von Atrophie gesehen, die neuritischen Ursprungs waren. Handelt es sich um Patienten, die an Lues litten, so wird in einzelnen Fällen, wo noch an rückbildungsfähige syphilitische Producte (etwa Gummata, die auf den Sehnerv drücken) zu denken ist, die Schmierkur in Anwendung kommen können. Doch sei man mit derselben sehr vorsichtig, besonders wenn neben einer ausgeprägteren Sehnervenatrophie noch Tabes dorsalis, selbst wenn sie auf Syphilis zurückzuführen wäre (Erb), oder sonstige Symptome einer diffusen Erkrankung des Centralnervensystems bestehen. Hier beschleunigen energische Quecksilberkuren recht häufig den Verfall des Sehvermögens. — —

Bei Cerebralerkrankungen handelt es sich öfter um ein directes Ergriffensein des Nerven. So bei Geschwülsten der Schädelbasis oder sclerotischen Arterien, die unmittelbar auf den Opticus drücken, bei Exostosen, Gummata, Hydrocephalus internus, chronischer Meningitis und bei inselförmiger Sclerose. Auch die bei Acromegalie öfter beobachtete Hemianopsie ist durch Druck der hypertrophirten Hypophysis auf das Chiasma zu erklären. Ebenso entwickelt sich nach schweren Kopfverletzungen, die Erblindung oder Sehschwäche hervorriefen, nach einiger Zeit meist ausgeprägte Sehnervenatrophie. Hier dürfte die von Hölder so häufig constatirte Fractur des Foramen opticum mit Bluterguss in den subvaginalen Raum des Sehnerven oder directes Anreissen als nächstliegende Veranlassung in Betracht zu ziehen sein (Berlin).

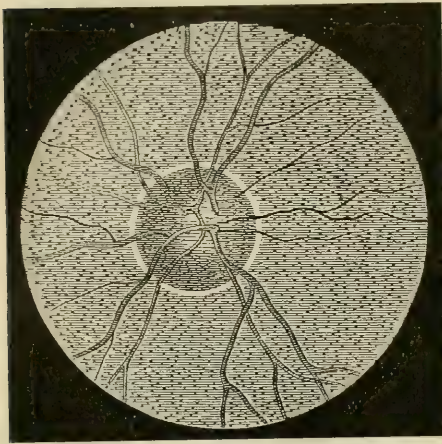
Sind Cerebralcongestionen zu vermuthen, so ist ein ableitendes Verfahren, Blutentziehungen, Haarseil angezeigt. Bisweilen sieht man trotz ausgeprägter Atrophie nach Anwendung des Heurteloups noch Hebung des Sehvermögens eintreten.

In manchen Fällen fehlt es vollkommen an einem Hinweis auf eines der eben angeführten ätiologischen Momente; ein an Excessen oder geistiger und körperlicher Ueberanstrengung reiches Leben scheint oft Anlass zu dem schweren Sehnervenleiden zu geben.

6. Excavatio papillae n. optici.

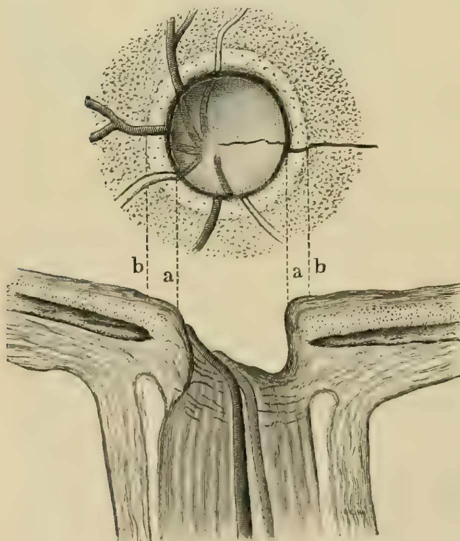
1. Atrophische Excavation. In einzelnen Fällen von Sehnervenatrophie wird der eingetretene Schwund der Nervenfasern nicht durch eine ausgleichende Hypertrophirung des Bindegewebes gedeckt, und es kommt in Folge dessen zu einer muldenförmigen Vertiefung an

der Papille. Diese seichte Vertiefung ist ophthalmoskopisch dadurch erkennbar, dass die Blutgefässe mit allmählicher Biegung den tiefer gelegenen Partien der Papille zulaufen (Figur 111). Das verschiedene Niveau, in dem sie auf ihrem papillaren Verlauf sich befinden, macht, dass bei ophthalmoskopischer Einstellung auf die Netzhautgefässe die in dem Papillencentrum befindlichen Gefässe blasser und undeutlicher erscheinen. Die Papilla selbst zeigt atrophische Färbung.



111.

2. Druck- oder glaukomatöse Excavation. Beim Glaukom tritt durch Steigerung des intraocularen Druckes, der sich bisweilen pathologische Resistenzverringerungen im Bindegewebe der Papille anschliessen, eine Verdrängung der Lamina cribrosa nach hinten ein und damit eine Excavirung der Papilla (Figur 112 und Farbendrucktafel). Diese Verdrängung der Lamina cribrosa bildet den durchschlagenden anatomischen Unterschied gegenüber der atrophischen Excavation, bei der die Lamina cribrosa in ihrer normalen Lage bleibt. Die Excavation kann verschiedene Formen haben; meist kesselförmig, zeigt sie bisweilen auf ihrem Grunde noch eine zweite centrale, trichterförmige Vertiefung, die der Stelle des Gefässkanals entspricht, oder auch eine mehr seitlich gelegene, welche durch eine bereits vorhandene physiologische Excavation bedingt ist.



112.

Ausgekleidet ist diese Höhlung von den Nervenfasern, die am Rande der Netzhaut scharf geknickt umbiegen, an den Seitenwänden steil

herabgehen und dann in dünner Schicht den Boden der Lamina cribrosa bedecken. Bei längerem Bestehen tritt eine Atrophie der gezerrten und comprimirten Fasern ein. Die Blutgefässe, welche meist nach der nasalen Seite zusammengedrängt sind, biegen ebenfalls am Rande der Excavation um und gelangen längs der Seitenwand auf den Boden der Höhle.

Die Tiefe der letzteren kann bis 1·5 mm und mehr betragen. Ausgefüllt ist sie vom Glaskörper. —

Charakteristisch für die Schwierigkeit der Niveaubestimmung im ophthalmoskopischen Bilde ist es, dass man diese glaukomatöse Excavation anfänglich als eine „Hervorwölbung" beschrieb. Erst durch eine Section von Heinrich Müller (1857) ergab sich mit Sicherheit die Excavation, nachdem allerdings schon früher durch genaueres Eingehen auf das ophthalmoskopische Bild Bedenken gegen die Annahme einer Hervorwölbung ausgesprochen waren (A. v. Graefe, Ad. Weber).

Die ersten Anfänge der Excavation sind ophthalmoskopisch nicht leicht zu diagnosticiren. Die Papille erscheint noch normal gefärbt, manchmal selbst etwas mehr geröthet. In seltenen Fällen wurden auch Blutextravasate auf ihr beobachtet. Häufig vertieft sich zuerst das Centrum der Papille; doch ist hier die Unterscheidung von der oft normal vorhandenen Fovea in der Mitte des Sehnerveneintritts schwierig oder unmöglich. Mit Sicherheit kann die beginnende Druckexcavation erst dann diagnosticirt werden, wenn ein Gefäss am Rande der Papille deutlich eine Knickung macht und das papillare Ende desselben nachweisbar tiefer liegt als das retinale. Meist ist eine derartige Niveauveränderung zuerst an den Gefässen der temporalen Seite zu erkennen. Da aber gelegentlich auch die physiologische Excavation dicht am temporalen Papillenrande beginnt, so ist von mehr entscheidender Bedeutung die Gefäss-Knickung an der nasalen Seite.

Bei weiter fortschreitendem Process erregt schon der ungewöhnliche Verlauf der Gefässe auf der Netzhaut selbst die Aufmerksamkeit. Dieselben erscheinen alle nach der Nasalseite hingedrängt. Die Gefässe, die sonst gerade und gestreckt nach oben und unten gingen, machen jetzt einen Bogen, dessen Concavität der Macula lutea zugekehrt ist. Die schon normal sparsamen Aeste, welche temporalwärts hinziehen, sind fast ganz geschwunden; nur bei starker Vergrösserung und besonderer Aufmerksamkeit erkennt man sie noch. Dabei werden die Arterien enger, die Venen zuweilen verbreitert, geschlängelt. Oft aber ist auch an ihnen eine Volumenverringerung nachzuweisen, besonders in späteren Stadien.

Die Knickung der Gefässe am Papillarrande ist bogen- bezw. winkelförmig. Bei steiler Excavation scheinen sie am Rande zu enden, die

Venen zeigen öfter eine blauschwarze Anschwellung. Erst auf dem Boden der Höhlung sieht man dann ihre Fortsetzung, da sie beim Herabgehen an einer senkrechten Seitenwand nicht zu verfolgen sind. Bei weniger steilen Seitenwänden kann man auch hier ihren Verlauf erkennen; doch erscheinen sie verschoben und durch ein schräges Mittelstück verbunden. Die auf der Papille selbst gelegenen Endtheile sind meist etwas blasser, mehr hellroth gefärbt; es ist oft schwer, die Venen von den Arterien zu unterscheiden. Zuweilen treten hier einige, sonst nicht sichtbare Schlingen feinerer Aeste hervor. Die Austrittspforte der Gefässe erscheint nach der nasalen Seite hin verschoben.

Die Papille selbst wird allmählich blasser, graubläulich oder weiss verfärbt. Später erhält der Sehnerv bei weiterer Atrophie ein leicht punktirtes Aussehen von den zwischen der Lamina durchtretenden Nervenbündeln. Er ist bei ausgesprochener Excavation von einem meist ziemlich schmalen, grauweissen oder gelben Ring (Halo glaucomatosus, Fig. 112 ab) umgeben, der seine Entstehung entweder einer einfachen Atrophie der Chorioidea (Schweigger) oder einem zwischen der atrophischen Chorioidea und Netzhaut liegenden Exsudat verdankt (Haab, Kuhnt). Zuweilen erkennt man auf diesen atrophischen Partien noch hier und da schwarze Pigmentflecke. Im Anfang pflegt sich die Chorioidealatrophie vorzugsweise an der temporalen Seite zu entwickeln.

Wenn die eben angegebenen Symptome schon einigermaassen charakteristisch für die Excavation sind, so ist doch der directe Nachweis zu liefern, dass die Papilla optica in der That ausgehöhlt ist und tiefer liegt als die Netzhaut. Wir bedienen uns hierbei der oben besprochenen Hilfsmittel der Niveaubestimmung. —

Bisweilen ist auch Arterienpulsation bei der Druckexcavation zu constatiren. Dieselbe zeigt sich im Blass- und Wiederrothwerden der Centralarterienstämme auf der Papille, oft aber nur eines Astes. Selten überschreitet der Puls die Papillengrenze. Sein Zustandekommen erklärt sich so, dass bei dem gesteigerten intraocularen Drucke nur mit der Herzsystole Blut in die sonst comprimirten Arterien geworfen werden kann. Der intraoculare Druck wird aber dort am ehesten das Lumen verschliessen, wo das Gefäss, wie auf der Papille, schon an und für sich eine Biegung oder Knickung macht, um in den nach hinten ziehenden Sehnervenstamm einzudringen.

Am gesunden Auge wird dieses Pulsationsphänomen sehr selten beobachtet. v. Graefe sah es zweimal bei Orbitaltumoren, Wadsworth und ich während beginnender Ohnmacht.

Weniger deutlich sind die Arterienpulsationen, die Quincke bei Aorteninsufficienz zuerst beschrieben hat. Noch geringer sind die Erscheinungen bei Morb. Basedowii (Becker) — ich habe sie in der Regel vermisst

— und bei chlorotischen, anämischen und neurasthenischen Individuen (Raehlmann). Hier zeigen die Papillar-, vorzugsweise aber die Netzhautarterien, besonders an ihren Theilungsstellen, kleine rhythmische Anschwellungen und Schlängelungen (Locomotionen), bisweilen selbst mit einem leichten Erröthen und Erblassen der Papille verknüpft; dies ist jedoch meist nur bei der starken Vergrösserung des aufrechten Bildes erkennbar. Auch kann das Gefässphänomen bei ein und demselben Individuum zeitweise wahrnehmbar sein, zeitweise verschwinden.

Differentielle Diagnose der Excavationen. Bei der physiologischen Excavation ist nie die ganze Papille bis zum Rande hin ausgehöhlt. Das zeigt sich ophthalmoskopisch schon in dem Verhalten der Gefässe (vgl. Figur 107). Dieselben gehen von der Netzhaut aus erst eine Strecke über die Papille hin, ehe sie in die Tiefe biegen. Besonders tritt dies an der nasalen Seite hervor, während nach der Seite der Macula lutea hin die Vertiefung sich schon eher der Papillengrenze zu nähern pflegt: doch bleibt sie immer seicht. Es findet hier kein scharfes Abbiegen und keine Knickung der Gefässe statt.

Im Gegensatz dazu reicht die ausgeprägte Druckexcavation bis zur Netzhautgrenze. Es zeigt sich also scharf am Papillarrande die Gefässknickung (vgl. Figur 112). Wenn vorher schon eine physiologische Excavation bestand, so kann bei Hinzutritt der glaukomatösen auf diese Weise eine doppelte Knickung der Gefässe zu Stande kommen: einmal am Rande und dann noch auf der Papille selbst.

Ferner dient auch die Färbung der Papille zur differentiellen Diagnose. Bei der physiologischen Excavation ist zwar die vertiefte Partie blasser, oft sogar hellweiss, aber die im Niveau der Netzhaut befindliche behält ihre röthliche, normale Färbung bei. Anders bei der Druckexcavation, wo, wenigstens in ausgesprochenen Fällen, die ganze vertiefte Papille nirgends mehr ihre ursprüngliche Färbung zeigt, sondern blass oder grau aussieht.

Zu einer Täuschung für den Ungeübten könnte der Umstand vielleicht noch Anlass geben, dass bei der Druckexcavation der sie umgebende schmale grauweisse, gelbliche, ja bisweilen gelbrothe Ring leicht zur Papille gerechnet wird. Es kann so die Auffassung entstehen, dass die Gefässe nicht am Rande der Papille umknicken, sondern erst — wie bei der physiologischen Excavation —, nachdem sie ein Stück auf ihr verlaufen sind. Es bedarf aber nur des Hinweises hierauf und geschärfter Aufmerksamkeit, um diese Klippe in der Regel vermeiden zu können.

Die atrophische Excavation hat eine seichte, muldenförmige Aushöhlung, die oft nur mit Mühe ophthalmoskopisch erkennbar ist. Sehr schwer ist es, die atrophische Excavation von der glaukomatösen

zu unterscheiden, wenn erstere sich zu einer vorhandenen physiologischen hinzugesellt hat, da alsdann die Gefässe ebenfalls am Rande der Papille eine scharfe Knickung machen, wenn auch nicht immer in der ganzen Ausdehnung derselben. Bisweilen kann, bei einseitiger Schwachsichtigkeit der Befund am anderen Auge leiten, da physiologische Excavationen nur doppelseitig vorzukommen pflegen. Bei bestehenbleibendem Zweifel wäre dann auf den Hof der glaukomatösen Excavation zu achten, der breiter ist und mehr gelblich gefärbt sich zeigt als der physiologische weisse Scleralring (allerdings kann letzterer auch bei einfach atrophischen Papillen durch den Schwund der Sehnervenfasern etwas deutlicher hervortreten); ferner auf Pulsationsphänomene, und eventuell auf allgemeine Krankheitssymtome des Glaukoms.

Schliesslich ist der Anfänger darauf aufmerksam zu machen, die glaukomatöse Excavation nicht etwa mit Staphyloma posticum zu verwechseln, wozu vielleicht gelegentlich das ähnliche Verhalten des allgemeinen Gefässlaufes, nämlich die Verschiebung nach der nasalen Seite, wie sie hier durch Schiefstellung der Papilla optica bedingt ist, verführen könnte. Die grosse, weisse Sichel, ausgedehntere Chorioidealveränderungen, die mangelnde Knickung der Gefässe am Rande — wenn auch kleinere Biegungen vorkommen — schützen ziemlich leicht davor.

7. Geschwülste des Sehnerven.

Die orbitale Partie des Sehnerven zeigt öfter Geschwülste, die theils primär entstanden sind, theils secundär vom Bulbus (bei Gliom der Netzhaut und Sarcom der Chorioidea) oder auch vom Orbitalgewebe auf sie übergingen. Selten aber reicht die nicht vom Auge ausgehende Sehnerven-Geschwulst soweit nach vorn, dass sie die Papilla optica ergreift, wie Jacobson in einem Falle gesehen hat. Primär sind im Opticus besonders Sarcome mit ihren Mischformen der Fibro-, Glio- und Myxosarcome, seltener Endotheliome, Psammome, Gliome, Fibrome und Tuberkel beobachtet; secundär meist Sarcome. Bisweilen sitzt die Geschwulst nur innerhalb der äusseren Scheide, und der Sehnerv geht, ohne von ihr ergriffen zu sein, durch sie hindurch. Einmal fand ich eine grosse Blutcyste, von der Sehnervenscheide ausgehend, welche den Bulbus stark nach oben gedrängt hatte. Das Leiden fällt verhältnissmässig häufig in das kindliche Alter. Entspringen die Geschwülste vom Sehnerven selbst, so ist eine frühzeitige Erblindung charakteristisch. Der Bulbus ist hier in der Richtung des Sehnerven nach vorn gerückt und — im Gegensatz zu den meisten Orbitalgeschwülsten — noch leicht beweglich. An der Papille ist Neuritis mit grösserer oder geringerer

Schwellung oder Atrophie nachweisbar. In einigen Fällen ist es gelungen, die Sehnervengeschwulst mit Erhaltung des Bulbus zu exstirpiren. Besonders eignet sich hierzu die von Krönlein angegebene Operation mit zeitweiser Resection der äusseren Orbitalwand, wodurch man einen deutlichen Einblick in die tieferen Partien der Augenhöhle erhält.

Viertes Kapitel.

Erkrankungen der Netzhaut.

---

1. Hyperämie und Anämie der Netzhaut. Gefässveränderungen.

Bei Hyperämie der Netzhaut sieht man neben stärkerer Röthung der Papilla optica Ausdehnung und Schlängelung der Netzhautarterien und Netzhautvenen. Auch ein leichtes Verschwommensein der Papillargrenze ist öfter vorhanden. Da sich aber physiologisch ein ziemlich weiter Spielraum bezüglich der Gefässentwickelung und Form bei den einzelnen Individuen findet, so ist eine gesicherte Diagnose nicht überall zu stellen: am ehesten noch, wenn die fragliche Hyperämie einseitig auftritt, durch Vergleich mit der andern Seite.

Bei entzündlichen Augenaffectionen (besonders bei Iritis) besteht die Hyperämie öfter als Complication; ebenso kommt sie bei Refractionsanomalien, die zu asthenopischen Beschwerden führen oder nach starker Ueberanstrengung der Augen vor; weiter bisweilen bei cerebralen Affectionen, bei venösen Stauungen, bei Cyanose und in den ersten Stadien der constitutionellen Syphilis. Auch bei chronischer Anämie findet sie sich auffallend häufig (Jäger), wo dann auch Pulsationen der Netzhautarterien auftreten (Raehlmann). Subjective Beschwerden fehlen meist, bisweilen besteht Lichtscheu und Mangel an Ausdauer beim Arbeiten. Die Therapie wird die ursächlichen Momente zu berücksichtigen haben. Daneben Augendiät, eventuell Blutentziehungen und Derivantien.

Anämie der Netzhaut (Blässe der Papille und Enge der Netzhautgefässe) kommt bisweilen bei anämischen und leukämischen Individuen

zur Beobachtung; ebenso findet man sie bei Ohnmächtigen. Häufiger verknüpft sie sich mit Processen im Sehnerven (Neuritis), welche eine Compression der Blutgefässe bewirken. Hier sind die Arterien bisweilen ausserordentlich dünn (vgl. „Embolie und Thrombose der Art. centr. retin.").

Bei Arteriosclerose zeigen die Netzhautarterien häufig Schlängelung und Verdünnung, weisse Berandung (Periarteriitis bei unverändertem Lumen, bei gleichzeitiger Endarteriitis Verengung desselben) und auch partielle Verengung einzelner Gefässabschnitte, meist ohne Sichtbarwerdung der Wandungen. An den verdünnten Arterien treten Pulsationserscheinungen in Gestalt von Kaliberschwankungen und kleinen Bewegungen auf. Die Venen sind partiell verengt, daneben auch varicös. Eine Reihe plötzlicher Erblindungen lässt sich auf eine durch Endarteriitis bedingte Störung der Blutcirculation zurückführen (Raehlmann) oder auf vollständige Thrombosirung.

Gelbfärbung der Retina und des Opticus (mit Hemeralopie und Gelbsehen) wurde bei Icterus beobachtet (Hirschberg).

2. Retinitis simplex (Retinitis serosa).

Zu der Hyperämie der Netzhaut und Papille gesellt sich hier eine ausgedehntere graue Trübung des Gewebes von mehr oder weniger Intensität. Sie hat ihren Sitz mit Vorliebe in der Nähe der Papilla optica, deren Grenzen bisweilen so verschwommen sind, dass man den Sehnerveneintritt nur durch das Zusammenströmen der Blutgefässe erkennt. In anderen Fällen liegt nur ein leichter Schleier (Oedem) über dem rothen Augenhintergrund in der Gegend der Papilla optica, diese etwas überragend. Auch in der Macula lutea oder an peripheren Partien findet sich diese Trübung. Die Gefässe an den leicht getrübten Partien sind meist deutlich sichtbar, und besonders erscheinen die Venen als etwas dickere, dunklere Stränge auf dem mehr grauweisslichen Grunde. Die Arterien sind bisweilen etwas enger, was auf Compression derselben, besonders im Sehnerven, zurückzuführen ist. Gelegentlich sind auch die Blutgefässe verdeckt und verschleiert. Blutergüsse fehlen in der Regel.

Die Diagnose ist nicht immer leicht zu stellen, da eine einfache Verschleierung des Augenhintergrundes auch durch Hindernisse des Lichtdurchfalles in den optischen Medien bewirkt werden kann. So findet sich bei durchsichtiger diffuser Glaskörper- oder Hornhauttrübung ein ähnliches Bild; auch eine Hyperämie der Papille und Netzhaut ist hier nicht selten. Als differentiell-diagnostisches Moment ist zu beachten, dass bei der Retinitis simplex die Trübung des Gewebes nur

mehr oder weniger ausgedehnte umschriebene Partien des Augenhintergrundes ergreift, während bei einer diffusen Glaskörpertrübung der ganze Augenhintergrund ziemlich gleichmässig verschleiert erscheinen wird.

Wenn das Oedem der Netzhaut stark ist, so lässt sich nicht immer die Unterscheidung gegenüber einer flachen Netzhautablösung machen; in beiden Fällen ist das Gewebe leicht getrübt, die Gefässe laufen ohne centralen hellen Lichtstreifen wie dunkelrothe Fäden darüber hin; eine auffälligere Niveaudifferenz aber, welche allein die Ablösung mit Sicherheit beweisen würde, kann fehlen. — Bei der Retinitis simplex handelt es sich vorzugsweise um eine Durchtränkung der Netzhaut mit seröser Flüssigkeit, wenngleich ein mässiger Austritt von Zellen und geringe parenchymatöse Veränderungen, die sich besonders später hinzugesellen, nicht ausgeschlossen sind. Treten letztere pathologische Veränderungen jedoch durch intensivere Trübungen, Gewebsschwellungen, weisse Plaques u. s. w. auch ophthalmoskopisch hervor, so bezeichnen wir die Affection besser als Retinitis parenchymatosa (s. unten).

Die Patienten klagen, dass ein Nebel vor den Gegenständen liege und ihr Sehvermögen herabgesetzt sei. Auch Störungen des Lichtsinns und im Gesichtsfelde kommen vor; doch stehen diese Störungen durchaus nicht immer in geradem Verhältnisse zu dem ophthalmoskopisch wahrnehmbaren Befunde.

Die Prognose ist stets bedenklich, indem schwerere Affectionen der Chorioidea oder des Sehnerven daneben bestehen können. Wenn hingegen während längerer Beobachtung sich kein Fortschritt des Leidens gezeigt hat, ist eine vollständige oder relative Heilung zu erwarten. Auch kommt sehr in Betracht, aus welcher Ursache die Retinitis hervorgegangen ist. Abgesehen von einigen noch später zu erwähnenden Momenten hat man Ueberanstrengung, Blendung, Erkältung u. dgl. angeschuldigt. Die Behandlung wird sich nach der Aetiologie zu richten haben. Neben Schonung der Augen gegen Anstrengung und Licht, oder selbst Aufenthalt im Dunkeln, sind Heurteloup'sche Blutegel, ableitendes Verfahren, Schwitz- oder Mercurialkuren nach den vorliegenden individuellen Verhältnissen in Anwendung zu ziehen.

Einzelne besondere Formen der Retinitis simplex bedürfen noch der Besprechung.

Retinitis syphilitica. Die Netzhautaffection an und für sich bietet meist keine derartigen Characteristica, dass man aus ihr allein die Diagnose auf Syphilis stellen könnte. Erst durch die Verbindung mit eigenartigen Chorioideal- und Glaskörperaffectionen wird dieselbe gesicherter. Oft schon sehr frühzeitig nach der Infection zeigt sich eine gewisse Hyperämie der Netzhaut mit leichtem Verschwommensein der

Papillenränder (Netzhautreizung, Schnabel), die dann in eine ausgeprägtere Retinitis mit Trübung des Gewebes, besonders in der Nähe der Papille, übergehen kann. Meist aber tritt die gewöhnlich doppelseitige Retinitis erst in späteren Perioden ein, 1 bis 2 Jahre nach der Infection. Sie verbindet sich gern mit einer ziemlich durchsichtigen, staubförmigen, diffusen Glaskörpertrübung. Letztere erschwert die Diagnose der Retinitis, welche, wie wir gesehen, in der Regel nur wenig deutliche Veränderungen (— hellere Flecke und Apoplexien sind selten —) zeigt. Nur ausnahmsweise kommen stärkere Schwellungen der Papille vor. Bisweilen ist die Macula lutea allein befallen (Retinitis centralis, v. Graefe); sie wird von einer grauen Trübung eingenommen. In den äquatorialen Partien entstehen kleine weissliche Flecke, gemischt öfter mit schwärzlichen Pigmentanhäufungen. Klumpige, bläuliche Flecke in der Nähe der Gefässe sprechen für das Bestehen einer Arteriitis syphilitica (Hirschberg). Durch Defecte im Pigmentblatte treten die Intervasculärräume oft deutlich hervor. Eine häufige Complication bilden periphere Chorioiditis und Iritis. Bei der centralen Retinitis sieht man später auch leichte Chorioidealveränderungen in der Gegend der Macula lutea. In seltenen Fällen kommt es zu ausgedehnteren secundären Einlagerungen schwarzen Pigmentes in die Netzhaut (Chorio-Retinitis). Gelegentlich habe ich in Folge von Lues das vollständige Bild einer Retinitis pigmentosa mit entsprechender Sehnerven- und Gefässveränderung und peripher sitzenden, schwarzen, knochenkörperähnlichen Pigmentflecken und zwar ohne erhebliche Chorioidealalteration auftreten sehen. Förster und Schweigger beschreiben ähnliche Befunde.

Die Patienten erleiden in leichteren Fällen nur eine geringe Herabsetzung der Sehschärfe (S $1/3$ oder $1/2$), so dass sie — wenn keine äusseren Entzündungen bestehen — bisweilen erst spät den Arzt aufsuchen. In schweren und complicirten Fällen, besonders bei stärkeren Glaskörpertrübungen, kann das Sehen bis auf das Erkennen der Handbewegungen herabgesetzt sein.

Das Gesichtsfeld ist öfter unterbrochen. So treten bisweilen ringförmige Defecte (Förster) auf, bei denen das centrale Sehen verhältnissmässig erhalten ist, dann eine Zone schlechten Sehens folgt, während in der Peripherie des Gesichtsfeldes wiederum besser gesehen wird. Bei Retinitis centralis finden sich Skotome am Fixationspunkt. Oft wird über die Wahrnehmung durchsichtiger, hin und her zitternder Flecken und Scheiben geklagt. Bisweilen besteht Mikropsie (v. Graefe), ein Symptom, das sich auch bei anderen Retinalerkrankungen gelegentlich findet und auf dem Ausfall oder Auseinanderschieben von empfindenden Netzhautelementen beruht. Ebenso wie Kleinersehen wird auch Metamorphopsie (Förster) beobachtet. Die Gegenstände erscheinen

verzerrt, gerade Linien gebogen; die Ursache dieses Symptomes dürfte mit der der Mikropsie zusammenfallen. Selbst nach Heilung der Krankheit kann die Metamorphopsie noch bestehen bleiben. Hemeralopie ist gewöhnlich vorhanden.

Der Process läuft meist in 6 bis 8 Wochen, wenn es sich um leichte Fälle handelt, ab. Eine in dieser Zeit nicht erreichte volle Wiederherstellung kann noch später allmählich sich herausbilden. Andere Fälle aber sind sehr hartnäckig; auch besteht Neigung zu Recidiven. Dennoch kommen oft schwere Erkrankungen, wenn sie frisch sind und stark entzündliche Erscheinungen zeigen (Iritis, dicke Glaskörpertrübungen), trotz hochgradigster Herabsetzung des Sehvermögens und trotz starker Gesichtsfelddefecte (selbst für Lampenlicht) unter entsprechender, lange fortgesetzter Behandlung schliesslich zu einem durchaus befriedigenden Sehvermögen. Ist der Process abgelaufen, sind ausgeprägte Chorioidealveränderungen mit secundärer Sehnervenatrophie vorhanden, so ist auf eine erhebliche Besserung des bestehenden Sehvermögens nicht zu rechnen.

Die Therapie ist eine antisyphilitische. Ich habe mit subcutanen Sublimatinjectionen (0·01 Sublimat) gleiche Erfolge gehabt, wie mit Schmierkuren; doch ziehe ich letztere — und zwar in starker Dosis (4 g pro die) vor, wenn der Process mit dicker Glaskörpertrübung und Iritis complicirt ist. Jodkali- sowie Schwitzkuren bieten nicht denselben Nutzen. Hingegen ist zur längeren Fortsetzung der Behandlung — nach Absolvirung der Spritz- oder Schmierkur — Jodkali allein oder in Verbindung mit Hydrarg. bijod. rubr. empfehlenswerth. Während der Hauptkur sollten die Kranken immer im Dunkelzimmer gehalten werden. Bei vollblütigen Individuen empfehlen sich noch Heurteloup'sche Blutentziehungen.

Commotio retinae. Nach Einwirkung stumpfer Gewalten sieht man gelegentlich eigenthümliche ödematöse Trübungen der Netzhaut auftreten (Berlin). An mehr oder weniger ausgedehnten Partien findet sich an Stelle der sonst vorhandenen rothen Färbung des Augenhintergrundes eine grauweisse, die bisweilen mit zackigen Ausläufern in die rothe Umgebung hineinragt. Auf diesem grauweissen Grunde erscheinen die Gefässe etwas dunkler, mehr hervortretend und strangähnlich ohne den centralen Lichtreflex. Daneben besteht gelegentlich selbst eine flache Netzhautablösung. Wenn die Trübung in der Nähe des Poles sitzt, so kann die Macula lutea eine gelbliche, blasse Färbung annehmen, ihren hellen Lichtring verlieren und die Fovea centralis als dunkler Fleck erscheinen. Ich habe, wie auch Hock, sogar eine blutige Netzhautablösung an der Macula beobachtet; ebenso complicirende Chorioidealrisse. In der Regel pflegt in einigen Tagen jede Spur der Netz-

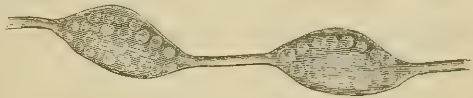
hauttrübung zu verschwinden. Das Sehvermögen ist mässig herabgesetzt ($^1/_4$ bis $^1/_3$ der früheren Sehschärfe). In den darauf untersuchten Fällen habe ich in der Regel auch Verringerung des Lichtsinnes (der Reizschwelle) festgestellt. Ebenso sind periphere Gesichtsdefecte beobachtet (Ostwalt); jedoch fehlen dieselben auch. Die subjectiven Störungen schwinden meist im Laufe einer Woche. Bisweilen tritt in Folge von Contusionen des Augapfels ein Accommodationskrampf auf, der mit traumatischer Mydriasis oder Miosis einhergehen kann. — Die Ursache des Schlechtersehens liegt nicht, wie Berlin annahm, in einem plötzlich, in Folge kleiner Blutungen im Corp. ciliare entstehenden, unregelmässigen Linsen-Astigmatismus, sondern in der Affection der Netzhaut. Hierfür sprechen die Herabsetzung des Lichtsinnes und die Gesichtsfelddefecte; vor allem aber fehlte, wie ich mich ophthalmoskopisch überzeugt habe, irgend welcher in Betracht kommender unregelmässiger Astigmatismus.. Nach Berlin's Versuchen an Thieren finden sich kleine Blutungen zwischen Chorioidea und Sclera an den Stellen, wo das Oedem der Netzhaut sich ausbildet. Denig fand neben diesen Blutungen, die er als nebensächlich auffasst, Exsudationen zwischen den Stäbchen und Zapfen und ebenso noch Zerreissung der Limitans interna eine vom Glaskörper stammende Flüssigkeit in der Nervenfaserschicht: hierdurch ist die weissliche Trübung bedingt. — Bisweilen trägt zu weiterer Herabsetzung der Sehschärfe eine leichte, oft nur mit focaler Beleuchtung zu sehende, zum Theil aus unregelmässigen Figuren sich zusammensetzende Hornhauttrübung oder auch die Trübung des Kammerwassers bei. Ruhe des Auges, Atropin, kühle Umschläge genügen meist die spontane Wiederherstellung zu unterstützen.

Maculare Retinitis durch directes Sonnenlicht. Zu Zeiten, wo eine Sonnenfinsterniss beobachtet wurde, stellen sich ziemlich regelmässig Patienten vor, die durch directes Hineinsehen in die Sonne Sehstörungen davongetragen haben. Während anfänglich eine starke centrale Verfinsterung des Gesichtsfeldes stattfand, verringert sich dieselbe meist soweit, dass schliesslich nur ein leichter Schleier die Fixationsstelle deckt (centrales Skotom). Oft ist an derselben Stelle ein gewisses Flimmern vorhanden: Farben erscheinen an der Fixationsstelle matter und weniger nuancirt; eine eigentliche Farbenblindheit ist aber, wenigstens wenn das Sehen wieder einigermaassen hergestellt ist, in der Regel nicht nachweisbar. Ophthalmoskopisch kann man selbst bei genauer Beobachtung nur eine geringe Veränderung in dem Centrum der Macula lutea sehen, und zwar fand ich, ebenso wie Haab und Deutschmann, daselbst an Stelle des bekannten Bildes der Fovea ein dunkles, etwas breiteres Fleckchen, bisweilen ohne Lichtring, das grosse Aehnlichkeit mit einem Bluterguss hatte, ohne dass ich es jedoch dafür ansprechen

möchte. Diese Veränderung beruht auf directer Verbrennung der betreffenden Netzhautschichten durch das Sonnenlicht, wie Thierversuche erwiesen (Czerny). Auch die Einwirkung des elektrischen Lichtes bewirkt gleiche Erkrankungen. Die Prognose ist von der Schwere der Verletzung abhängig; aber selbst durchscheinende Skotome können Jahre lang bestehen bleiben. Die Therapie besteht in Abhalten des Lichtes, Blutentziehung und Ableitungen. Später kann man Strychnin versuchen.

3. Retinitis parenchymatosa.

Neben der Hyperämie und Gewebstrübung, welche die Retinitis simplex zeigt, sind bei der parenchymatösen Retinitis circumscripte Veränderungen in Gestalt weisser oder weissgelblicher Flecke und Striche zu constatiren. Daneben sind Blutungen gar nicht selten. Die ausgedehntere Betheiligung des Gewebes veranlasst ferner, dass die Gefässe zum Theil in ihrem Verlauf verschwommen, selbst vollkommen unterbrochen erscheinen. Die Arterien sind bisweilen durch Compression enger und weniger gefüllt. Auch kann durch Hypertrophirung der Adventitia eine Verdickung der Gefässwände (Retinitis perivasculosa) bewirkt werden, wodurch sich das Aussehen in der Weise ändert, dass man die schmale rothe Blutsäule zu beiden Seiten von weisslichen Linien begrenzt sieht. Die Papilla optica ist in der Regel in Mitleidenschaft gezogen. Entweder wird sie einfach trüb und hyperämisch, ihre Abgrenzung gegen die Netzhaut hin verschwindet, oder sie schwillt an und überragt etwas das Netzhautniveau, so dass eine wirkliche Neuroretinitis auftritt.



113.

Die anatomischen Veränderungen zeigen sich vorzugsweise in Wucherungen der Müller'schen Radiärfasern, Hypertrophie und Sclerose der Nervenfasern, fettigen Degenerationen, Auftreten entzündlicher Exsudate und Blutungen.

Die Müller'schen Radiärfasern sind verlängert, verdickt und sclerosirt. Hierdurch wird in Verbindung mit Wucherungen der äusseren Körnerschicht eine hügelförmige Erhebung der Stäbchen- und Zapfenschicht an umschriebenen Stellen bewirkt: besonders in der Nähe der Papilla optica findet dies statt und veranlasst zum Theil die Hervortreibung der Papillengrenze.

Die Nervenfaserschicht in der Netzhaut und auch in der Papilla optica kann hypertrophiren und zwar zeigen hierbei die marklosen Nervenfasern neben einer mehr gleichmässigen Ausdehnung bisweilen umschriebene kolbenförmige Anschwellungen, welche Aehnlichkeit mit Ganglienzellen haben und anfänglich auch

als sclerosirte Ganglienzellen beschrieben wurden (Zenker, Virchow). H. Müller jedoch wies ihre Entstehung aus Nervenfasern nach (Fig 113). Diese ganglösen Entartungen treten oft herdweise auf.

Die fettige Degeneration trifft zum Theil die Müller'schen Fasern, zum Theil die Körnerschichten, in welche sich Herde von Fettkörnchen einlagern.

In dem Netzhautgewebe selbst findet man nach der Erhärtung des Auges geronnene glänzende Massen, die zum Theil mit Lymphkörperchen durchsetzt sind. Blutergüsse sind nicht eben selten. Die Gefässe sind zum Theil ausgedehnt. besonders gilt dies für die Venen und Capillaren; auch eine Neubildung von Gefässen tritt ein. Die Wände der Gefässe der Netzhaut und auch der Chorioidea zeigen öfter eine sclerotische Infiltration.

Die ophthalmoskopisch wahrnehmbaren weissen Plaques sind veranlasst theils durch Herde von Fettkörnchen, theils durch Nester sclerosirter und hypertrophirter Nervenfasern. Die strichförmigen, weissen Trübungen können auf einer fettigen Entartung der inneren Enden der Radiärfasern beruhen.

Die subjectiven Symptome bestehen in Sehschwäche. Das Gesichtsfeld ist in der Regel nicht eingeengt, Farben- und Lichtsinn nicht gestört. Die Kranken klagen öfter noch über eine Art Nebelsehen; auch subjective Lichterscheinungen kommen vor. Ebenso, aber selten, Mikropsie und Metamorphopsie.

Der Verlauf ist meist recht langwierig, die Vorhersage bezüglich einer Besserung des Sehvermögens sehr zweifelhaft und abhängig von der Ausdehnung und Aetiologie des Processes. Doch werden Fälle vollkommener Heilung beobachtet. Oefters wechselt Besserung mit Verschlechterung ab. Schliesslich kann sich auch Netzhaut- und Sehnervenatrophie herausbilden. Die Form von Retinitis, welche bei acuter Nephritis auftritt (also etwa nach Scharlach), verspricht noch am ehesten Heilung.

Aetiologie. Parenchymatöse Retinitis ist gelegentlich Folge von Netzhautblutungen oder auch von Chorioiditis. Sehr häufig kommt sie bei Albuminurie vor, auch bei Diabetes, Leukämie, Anämie wird sie beobachtet und hat hier bisweilen eine für das Grundleiden einigermaassen charakteristische Form, deren unten noch besonders gedacht werden soll. Auch bei Phosphorvergiftung sah man sie; oft bleibt die Ursache unbekannt.

Die Behandlung wird für Ruhe der Augen und Abhalten hellen Lichts zu sorgen haben. Ebenso ist alles zu vermeiden, was Kopf-Congestionen machen kann (Genuss von Alcoholicis, starkem Kaffee oder Thee etc.); öfter sind warme Fussbäder von Nutzen. Im Beginne des Leidens empfiehlt sich, wenn der Allgemeinzustand es erlaubt, mehrwöchentlicher Aufenthalt in einem verdunkelten Zimmer mit öfterer Anwendung (etwa 1 bis 2 mal wöchentlich) des Heurteloup'-

schen Blutegels. Um den Erfolg der Blutentziehungen festzustellen, prüft man das Sehvermögen zwei Tage später. Hat sich nach zweimaliger Application keine Besserung eingestellt, so kann man auf weitere Blutentziehung verzichten. Auch subconjunctivale Kochsalzeinspritzungen kann man versuchen. Ferner sind Schwitzkuren, Mercurialien oder Jodkali bisweilen angezeigt. — Bei Anämischen oder bei Albuminurie wird man auf den Aufenthalt im Dunkelzimmer und auf Blutentziehungen verzichten; hier sind nur die Medicationen am Platze, welche gegen das Allgemeinleiden Erfolg versprechen. Um eine gewisse örtliche Ableitung zu erzielen, kann man daneben Arlt'sche oder Jodsalbe in die Stirn einreiben lassen oder auch Jodtinctur auf Stirn und Schläfe pinseln.

Retinitis albuminurica. Bisweilen tritt die bei Albuminurie vorkommende, in der Regel doppelseitige, parenchymatöse Retinitis in einer so charakteristischen Form auf, dass aus ihr allein mit grosser Wahrscheinlichkeit das Grundleiden diagnosticirt werden kann. Und in der That kommen die Fälle nicht selten vor, wo zuerst das Nierenleiden mit dem Augenspiegel erkannt wird.

Man findet hier dicht neben der Papilla optica weisse Figuren, die bisweilen sectorenförmig — ähnlich wie die doppelcontourirten Nervenfasern — in die Netzhaut hineinstrahlen (vgl. Farbendrucktafel). Sie können zusammenfliessen und die ganze Papille mit einem breiten, weisslichen Saume umgeben, der an der Peripherie kleinere, convexe Bogen macht. Die Gefässe sind zum Theil auf den Flecken sichtbar, zum Theil verschwinden sie auf ihnen oder werden undeutlich. Die Venen sind stärker gefüllt und geschlängelt. Auch weiter entfernt finden sich kleinere weissliche, meist glänzende Plaques in dem Roth des Augenhintergrundes. Die Papillengrenze ist verschwommen; die Papille hyperämisch. Besonders charakteristisch ist die Gegend der Macula lutea. Letztere wird nämlich von feinen weissen Pünktchen oder Strichen eingeschlossen; das Bild ist ähnlich, als wenn weisse Farbe mit einem Pinsel auf einem rothen Grunde ausgespritzt wäre. Weiter finden sich an verschiedenen Stellen der Netzhaut rundliche oder radäre, kirschrothe und rothbraune Blutergüsse. Auch auf der Papille sind öfter Apoplexien. — In einzelnen Fällen betheiligt sich die Papille sehr lebhaft an dem Process; man findet starke Gewebstrübung, ferner weisse Plaques und zahlreichere Blutergüsse auf ihr. Auch kann die Schwellung so erheblich sein, dass sie pilzkopfförmig hervorragt: es handelt sich dann um eine ausgeprägte Neuroretinitis.

Dass übrigens selbst die typische Form des ophthalmoskopischen Bildes nicht absolut die Diagnose Albuminurie sichert, zeigt ein von G. Wegner und mir beschriebener Fall, bei dem dasselbe Bild sich

ohne Albuminurie bei einem Tumor cerebri fand. Recht häufig treten auch bei Albuminurie Retinal-Erkrankungen auf, die nichts Charakteristisches haben. So einzelne Apoplexien, oder es besteht etwa eine Retinitis simplex mit sparsamen Blutungen oder einzelnen weissen Plaques. Auch beobachtete ich einige Male im Anfang nur eine ganz geringe Veränderung in der Gegend der Macula. Letztere war von einer Grenzzone umgeben, die wie leicht bestäubt aussah: von eigentlich weissen Punkten war noch nichts zu sehen. Erst später entwickelte sich das charakteristische Bild.

In sehr seltenen Fällen beschränkt sich die Erkrankung bei Albuminurie auf die Sehnerven-Papille (Neuritis). Auch Netzhautablösungen können als Complication hinzutreten. Die mikroskopischen Befunde sind im Allgemeinen bereits geschildert; das eigenthümliche Bild der feinen Striche und Punkte, welche die Macula umsäumen, wird durch Verfettung der Ausbreitungen der Müller'schen Radiärfasern, die nach der Macula hin convergiren, bedingt.

Vorkommen. Retinitis bei Albuminurie ist nicht selten: Frerichs fand sie in circa 13 Procent. Meist ist sie Begleiterscheinung der chronischen Nierenaffectionen (Morb. Brightii, Schrumpfniere und amyloide Degeneration), aber auch bei acuter Nephritis nach Scharlach und bei der Nephritis gravidarum wird sie öfter beobachtet. Hier treten die Sehstörungen gewöhnlich bei Erstgebärenden und in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf, gelegentlich gesellen sich auch Eklampsie und urämische Amaurosen hinzu. Handelt es sich nur um die Folge der Schwangerschaftsnieren, so ist die Prognose quoad vitam gut, doch erblindeten unter 21 Fällen, bei denen Retinitis albuminurica während der Schwangerschaft von Silex beobachtet wurde, fünf. Bei starken Gefässveränderungen und zunehmender Schwachsichtigkeit kann die Einleitung der Frühgeburt in Frage kommen. Da Neigung zu Recidiven besteht, so ist eine neue Schwangerschaft möglichst zu verhüten.

Diabetes und chronische Blei-Intoxication können bei gleichzeitig bestehender Albuminurie dasselbe ophthalmoskopische Bild der Retinitis herbeiführen. Auffallend ist die Beobachtung von Blau-Gelbblindheit bei der Ret. albuminurica, die König gemacht hat.

Es scheint die Retinitis die Folge einer chronischen Urämie (v. Graefe, Leber) zu sein, für welche Annahme noch das häufige Vorhandensein von Kopfschmerzen und Uebelkeit spricht. Ferner werden auch wirkliche urämische Anfälle mit urämischen Amaurosen (s. S. 153) gelegentlich beobachtet. Als erste locale Veränderung in Folge dieser Blutalteration ist nach den Untersuchungen des Herzogs Carl Theodor ein in allen gefässhaltigen Theilen des Auges nachweisbarer arteriitischer Process zu betrachten. — Das Auftreten der Retinitis bei

chronischer Nephritis pflegt von schlechter Vorbedeutung zu sein; in der Regel sterben die Patienten innerhalb der nächsten zwei Jahre. Die Sehstörungen sind mehr oder weniger hochgradig, können aber ebenso wie die ophthalmoskopisch sichtbaren Veränderungen wieder zurückgehen. Vollständige Amaurose ist sehr selten.

Retinitis leucaemica. Bei Leukämischen ist, wie Liebreich zuerst beschrieben, die Netzhaut beider Augen bisweilen getrübt. Die helle Beschaffenheit des Blutes bewirkt eine blassrothe oder blassgelbliche Färbung des ganzen Augenhintergrundes; ebenso erscheinen die Gefässe heller, die Venen sind geschlängelt und von weissen Linien eingefasst. Auch die Blutextravasate haben eine hellere Färbung. Daneben finden sich weissliche rundliche Plaques, die zum Theil in den oben erwähnten fettigen Degenerationen und sclerotischen Veränderungen der Nervenfasern, zum Theil in Anhäufungen von Lymphkörperchen ihre Ursache haben. Die Chorioidea zeigt ebenfalls Infiltration mit weissen Blutkörperchen und starke Ausdehnung der Gefässe. In anderen Fällen ist jedoch die als charakteristisch bezeichnete helle oder gelbliche Farbe des Augenhintergrundes und der Blutgefässe durchaus nicht vorhanden, wie ich öfter gefunden, trotzdem Apoplexien und Netzhauttrübung bestanden. Die Sehstörungen entsprechen dem localen Sitze des Leidens; wird, wie meist, nur die Peripherie befallen, so sind sie gering. In einem Falle Becker's, wo die Macula ergriffen war, trat ein centrales Skotom mit Metamorphopsie hervor. —

Mit Retinitis albescens punctata s. striata wird eine Form von parenchymatöser Netzhautaffection bezeichnet, in der eine Menge kleiner punkt- oder strichförmiger weisser, öfter glänzender Flecke auftreten (Mooren). Dieselben können sich auf die Umgegend der Macula lutea beschränken, auch diese selbst befallen. Oefter wurde ein centrales Skotom beobachtet. Die Prognose erscheint bezüglich der Besserung des Sehvermögens ziemlich günstig.

Dass aber sehr verschiedenartige Processe ein ziemlich ähnliches ophthalmoskopisches Bild hervorrufen können, zeigt sich darin, dass Fuchs unter demselben Namen eine Affection beschreibt, die nach ihm der Retin. pigmentosa klinisch verwandt ist: statt mit schwarzen Flecken ist die Netzhaut mit weissen überstreut. — Auch die von Fuchs als Retinitis circinata, von Goldzieher als „Hutchinson'sche Veränderung des Augenhintergrundes“ beschriebene Erkrankung zeigt weissliche Flecke im Umkreise der Macula, während die Fovea anfänglich frei bleibt; später sieht man auch Blutungen. Der Process scheint degenerativer Art und auf Gefässalterationen zu beruhen.

Aehnliche kleine weisse Herde in der Netzhautmitte, die zu gelappten Ringen zusammenfliessen können, meist mit Blutpunkten, bei sonstiger Intactheit des Gewebes und der Papille finden sich bei Diabetes (Retinis diabetica). Oft kann besonders die normal aussehende

Papille, wie Hirschberg mit Recht betont hat, zur differentiellen Diagnose gegenüber der Ret. albuminurica dienen, wo die Papille in der Regel mit ergriffen ist; — doch kommen auch hier seltene Ausnahmen vor.

Ferner beobachtet man bei Greisen bisweilen eine Entartung der Netzhautmitte (rosenfarbene Flecke mit weisslichen Stellen darin, in der Nähe graublaue Flecke) die jedoch nie zur Erblindung führt (Hirschberg).

4. Hämorrhagien der Netzhaut (Retinitis haemorrhagica).

Die Blutergüsse in der Netzhaut zeigen sich als kirschrothe oder braunrothe Flecke. Ihre Farbe hat immer eine dunklere Nuance, als sie dem normalen Augenhintergrunde zukommt. Die Diagnose der Apoplexien ist daher leicht; nur an der Stelle der Macula, die an und für sich dunkler ist, kann das Erkennen bisweilen etwas erschwert werden. Auch die Unterscheidung zwischen Blutungen in der Netzhaut und solchen in der Chorioidea bietet gelegentlich Schwierigkeiten. Wenn grössere Flecke sich resorbiren, so sieht man als letzten Rest öfter noch eine dunkle, der Peripherie entsprechende Linie. In anderen Fällen entstehen weisse Plaques, welche später wieder verschwinden können, oder schwärzliche Flecke an der Stelle der früheren Apoplexie. Auch Chorioidealveränderungen, kleine weisse Stippchen und schwarze Flecke treten bisweilen nachträglich hervor. Die Gestalt der Blutungen ist verschieden: rund, unregelmässig, öfter auch strichförmig. Diese letztere Form, welche durch die Ausstrahlungen der Müller'schen Radiärfasern bedingt ist, findet sich bei Chorioidealblutungen nicht. Die Anzahl der Apoplexien ist mehr oder weniger gross. Bisweilen tritt nur ein einziger Bluterguss auf; alsdann aber, wie es scheint, mit Vorliebe in der Gegend der Macula lutea, wo er sich durch ein deutliches centrales Skotom sehr bemerklich macht. Kleinere und peripher sitzende Blutergüsse verursachen fast gar keine Störungen; sie entgehen den Patienten meist vollständig. Nur wird öfter über „Flimmern“ geklagt. Verhältnissmässig häufig finden sich, besonders kleinere Apoplexien, bei Anämischen und Leukämischen. Bei der Anämie gesellt sich zuweilen auch eine Trübung der Papille und im höchsten Grade eine ausgeprägte Retinitis mit Netzhauttrübung hinzu, die selbst zur Amaurose führen kann.

Die Anämie kann durch die verschiedensten Ursachen bedingt sein: bemerkenswerth ist die Netzhautbetheiligung bei Vorhandensein von Ankylostoma duodenale (Nieden), bei Bothriocephalus latus, nach Blutungen etc.

Bei der perniciösen Anämie kommen Apoplexien, neben blasser

und trüber Papille und starker Venenausdehnung, oft vor (Horner, Biermer, Quincke). Häufig, aber durchaus nicht immer, zeigen sie ein weisses Centrum, das aus einer Anhäufung von Lymphzellen besteht (Manz). Doch ist andererseits dieses weisse Centrum nicht charakteristisch: ich habe es auch sonst, z. B. bei linealer Leukämie, gesehen.

Litten hat es z. Th. auch bei den Apoplexien der Netzhaut beobachtet, die er bei Septikämie fand. Hier treten die Blutungen in der Regel kurz vor dem Tode, längstens 50 bis 60 Stunden vorher ein. Auch kommen sie vor in Verbindung mit einer ausgeprägten septikämischen Retinitis (Roth). Dabei finden sich in den Netzhaut-Capillaren oft Kokken-Embolien (Axenfeld).

Sonst werden Hämorrhagien noch beobachtet bei Menstruationsanomalien, Herzfehlern, Nierenleiden, Leberkrankheiten, Congestivzuständen, Atherom der Arterien (wo sie öfter Vorläufer von Hirnapoplexien sind), Scorbut, Purpura haemorrhagica, Hautverbrennungen u. s. w. Auch bei Diabetes habe ich sie gesehen. Bisweilen handelt es sich um locale Veränderungen der Gefässwandungen, wie z. B. bei den Blutungen, die spontan oder nach der Iridectomie in glaukomatösen Augen stattfinden, oder auch bei Neuritis optica retrobulbaris. Auch Traumen des Auges veranlassen Blutergüsse.

Die Apoplexien können zu vollständiger Resorption gelangen; man beobachtet dies öfter bei den vereinzelten, aber das Sehen sehr störenden in der Gegend der Macula. In anderen Fällen folgt eine Netzhautatrophie, die partiell oder mehr allgemein ist. In Verbindung hiermit kann es — wenn auch selten — zur Sehnervenatrophie mit starker Verengerung der Gefässe kommen. Secundäres Glaukom ist ebenfalls, besonders bei zahlreichen Apoplexien, zu befürchten. Diese schwereren Zufälle gesellen sich aber meist nur zu ausgedehnten Formen der Retinitis haemorrhagica.

Die Behandlung wird sich nach den vorliegenden Ursachen zu richten haben. Neben Ableitung auf den Darmcanal ist local im Anfang Kälte oder Druckverband, besonders nach vorangegangenen Traumen, angezeigt; später kann man Jodtinctur in die Augenumgebung einpinseln und zu resorbirenden Mitteln übergehen. Die Anwendung des Atropins meide man, um nicht den Ausbruch eines secundären Glaukoms zu beschleunigen.

Retinitis haemorrhagica. Ist die Betheiligung des Netzhautgewebes stärker hervortretend, so bezeichnet man den Process als Retinitis haemorrhagica. Hier besteht neben den Apoplexien eine stark ausgeprägte Trübung des Gewebes. Die Grenze der Papille ist verschwommen, bisweilen ganz unkenntlich: auf der gerötheten oder ge-

trübten Papille liegen nicht selten Blutmassen. Die Arterien der Netzhaut sind meist eng, die Venen dunkel, geschlängelt. Die Blutungen sind mehr oder weniger zahlreich; ihr Hauptsitz pflegt die Gegend des hinteren Augenpols zu sein. Bisweilen kommen auch weisse Plaques vor.

Als ursächliche Momente dienen — neben den oben angeführten — vorzugsweise Gefässerkrankungen und Herzaffectionen.

Die auf Venenthrombose beruhende Ret. haemorrh. entsteht nach Michel ziemlich plötzlich, mit starker Abnahme des Sehvermögens, das sich, wenn auch vorübergehend, wieder bessert. Dass übrigens nicht immer Blutungen in der Netzhaut als Folge der Thrombose der V. centralis auftreten, beweisen anderweitige Mittheilungen von Angelucci. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle entwickelt sich die Affection einseitig. Fälle von Venenthrombose mit Netzhautblutungen, denen Glaukom folgte, sind neuerdings von Weinbaum und Wagenmann beschrieben und anatomisch untersucht worden. Ein gleiches Bild kann auch durch Verschluss multipler Arterien entstehen (Wagenmann). Auch Gefässcompressionen können eine Retin. haemorrhagica hervorrufen; so sieht man sie gelegentlich bei Orbitaltumoren.

Im Ganzen ist die Prognose bei einer verbreiteten Ret. haemorrh. wenig günstig; oft auch treten neue Nachschübe ein. Der Ausgang kann ebenfalls Netzhaut- und Sehnervenatrophie sein, nicht selten folgt secundäres Glaukom. Bei umschriebenen Herden ist ihre Rückbildung zu erwarten.

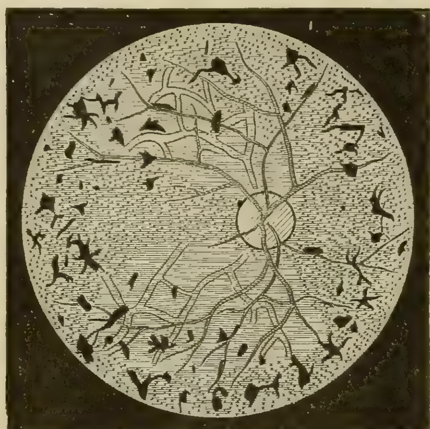
Die Therapie ist ähnlich wie die der Netzhautapoplexien. Man wird für ein ruhiges Verhalten der Kranken, Augendiät, im Beginn für Aufenthalt in einem verdunkelten Zimmer, Enthalten von Spirituosen, geregelten Stuhlgang, eventuell, wenn der Allgemeinzustand es erlaubt, Ableitung auf den Darmcanal sorgen. Oertlich Blutentziehungen, Einreibungen mit der Arlt'schen Stirnsalbe oder Jodbepinselungen. Auch Ergotineinspritzungen sind zu versuchen. Später eine die Resorption befördernde Therapie. Atropin ist auch hier zu vermeiden.

5. Pigmentdegeneration der Netzhaut (Retinitis pigmentosa).

Die Pigmentdegeneration der Netzhaut bietet ein sehr typisches Bild sowohl dem ophthalmoskopischen Befunde (Figur 114) als dem Symptomencomplexe nach.

Vorzugsweise an der Peripherie der Netzhaut finden sich kleine, intensiv schwarze Figuren, zum Theil in der Gestalt der Knochenkörperchen mit untereinander communicirenden Ausläufern, zum Theil als kleine

Striche oder Punkte. Grössere schwarze Flecken sind sehr selten. Die schwarzen Striche liegen oft dicht den Gefässwandungen an; an anderen Stellen liegen sie ihnen auf und verdecken sie. Damit ist alsdann ihr Sitz in der Netzhaut erwiesen. Das Be- oder Verdecken von Netzhautgefässen ist das wichtigste Merkzeichen für die Localisirung, da bei der Dünnheit der Netzhaut kaum in anderer Weise mit Sicherheit diagnosticirt werden kann, ob ein Pigmentfleck in ihr oder in der Chorioidea gelegen ist. Bei stärkerer Verbreitung des Processes sieht man auch nach dem hinteren Augenpole hin Pigment auftreten; die nächste Umgebung von Papilla optica und Macula bleibt aber in der Regel von Einlagerungen frei. Die Papille selbst ist atrophisch, blassgelblich und hat ein wachsartiges Aussehen; öfter erscheint sie verkleinert. Ihre Grenzen treten deutlich hervor. In ihrer Nähe wurden bisweilen leuchtende helle Linien und Stippchen (Drusen der Glaslamelle der Chorioidea) beobachtet (Nieden, Ancke). Die Gefässe zeigen eine sehr charakteristische Veränderung; durch Verdickung ihrer Wandungen wird ihr Lumen so verengt, dass sie nur schmale rothe Streifen bilden, die bisweilen kaum in ihre mehr peripheren Verzweigungen zu verfolgen sind. Die Verengerung trifft am auffälligsten die Arterien. Das Stroma der Chorioidea erscheint dabei meist normal; bisweilen ist wegen leichter Entfärbung des Pigmentepithels an einzelnen Partien der Augenhintergrnnd heller rosa. Ausgedehntere und hervortretendere Alterationen der Chorioidea aber (wie weisse Flecke, schwarze Pigmentanhäufungen) kommen ungemein selten vor. Im Glaskörper finden sich im späteren Verlauf bisweilen Fädchen und Flocken; auch Trübungen am hinteren Pol der Linse, die selbst zu vollständiger Katarakt führen können, treten alsdann gelegentlich auf. Aeusserlich erscheint das Auge normal. Oefter ist mir eine abnorm hohe Spannung aufgefallen. Ich kenne einen zwanzigjährigen Mann, bei dem sich zur Retinitis pigmentosa ein acutes Glaukom gesellte. Auch von Andern ist das Aufteten von secundären Glaukomen beobachtet worden.



114.

Im Beginn des Leidens fehlt bisweilen noch eine ausgeprägte Pigmentirung. Es kommen sogar Fälle vor, welche nur die charakte-

ristische Gefässveränderung und Papillenatrophie neben den klinischen Symptomen zeigen; man hat hier von einer Ret. pigmentosa sine pigmento gesprochen. Bei einem derartigen Patienten konnte ich jedoch sechs Jahre später (die concentrische Gesichtsfeldeinengung und Amblyopie hatte inzwischen zugenommen) einige wenige Pigmentflecke in der Netzhaut nachweisen.

In den typischen Fällen sind — mit verschwindenden Ausnahmen — beide Augen befallen. Die subjectiven Symptome bestehen anfänglich meist in Hemeralopie. Die Kranken klagen, dass sie im Dämmerlicht sehr schlecht sehen, ja sich nicht mehr selbst zu führen vermögen. Es ist ausserordentlich selten, dass diese auf Torpor retinae beruhende Hemeralopie gänzlich fehlt; wenn derartige Patienten angeben, im Dämmerlicht besser zu sehen, so spielen zum Theil Blendungserscheinungen, die auf Complicationen (z. B. partiellen Linsentrübungen [Leber]) beruhen, dabei eine Rolle. Auch die Prüfung des Lichtsinnes ergiebt den Torpor retinae. — Weiter kommt es zur Gesichtsfeldbeschränkung und zwar meist in der Form der concentrischen Gesichtsfeldeinengung, welche nicht immer dem Sitze der Pigmentflecke entspricht. Das centrale Sehen bleibt anfänglich verhältnissmässig gut. So sind Kranke nicht selten, welche noch kleine Schrift lesen, eine Sehschärfe von $^1/_4$ bis $^1/_2$ haben und dennoch sich nicht gut allein führen können. Ihr Sehvermögen ist dem eines Gesunden vergleichbar, der bei Schluss des einen Auges sich vor das andere eine Papiertüte hält: durch sie blickend kann er das gerade vor ihm Befindliche scharf sehen, das seitlich Gelegene ist ihm aber abgeschlossen und damit die freie und schnelle Bewegung gehindert. In Ausnahmefällen ist die Gesichtsfeldeinengung nicht concentrisch, sondern es tritt ein zonulärer Defect des Gesichtsfeldes ein (v. Graefe). Allmählich verringert sich mit zunehmender Einengung auch das centrale Sehen mehr und mehr, bis es schliesslich zur Erblindung kommt. Der Farbensinn wird erst in späteren Stadien herabgesetzt. Einmal habe ich ausgesprochene Blau-Gelbblindheit beobachtet.

Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen haben ergeben, dass die Stäbchen- und Zapfenschicht besonders leidet (Leber, Landolt). Bisweilen geht sie ganz verloren. Aber auch die inneren Schichten bis zur Ganglienschicht können zerstört werden. Am längsten hält sich die Nervenfaserschicht. Mit der Vernichtung der nervösen Elemente geht Hand in Hand eine starke Hyperplasirung des Bindegewebes, speciell der Müller'schen Radiärfasern. Die Gefässe zeigen eine Verdickung ihrer Wandungen, welche ein homogenes glänzendes Ansehen bieten (Sclerose). In den Wandungen findet sich oft Pigment. Das eigentlich Charakteristische dieser Affection, die Einlagerung von Pigment in die Netzhaut selbst ist durch Einwanderung von pigmentirten Zellen oder auch Einschwemmung von diffusem Pigment veranlasst. Dasselbe nimmt von umschriebenen

Stellen des Pigmentepithels seinen Ursprung, wo gleichzeitig Verklebungen zwischen ihm und der Netzhaut stattfinden. An einzelnen solchen Stellen fehlt das Pigmentepithel vollständig, an anderen hat es seinen Pigmentinhalt verloren. Da aber, wie ophthalmoskopisch erweislich, der Ausfall von Pigmentepithel in den meisten Fällen nur mässig ist, so muss ein weiterer Wucherungsprocess der Pigmentzellen in der Netzhaut selbst angenommen werden. Vielleicht betheiligen sich auch noch die Gefässwände an der Bildung des Pigments. Ausnahmsweise sind entzündliche Processe in der Chorioidea gefunden worden (Bürstenbinder). Der Sehnerv ist atrophisch, seine Fasern zeigen fettige Degeneration (Guaita); schliesslich kann sich die Atrophie noch über das Chiasma fortsetzen. Interessant sind für die Aetiologie dieser Krankheit die Befunde Berlin's und Wagenmann's. Während ersterer nach Durchschneidung des Sehnerven und der Ciliargefässe bei Thieren eine Pigmenteinwanderung in die Netzhaut constatirte, erwies letzterer die alleinige Abhängigkeit derselben von der Durchschneidung der Ciliargefässe. Circulationsstörungen könnten demnach für die Entstehung der Ret. pigmentosa von Bedeutung sein, zumal sklerotische Veränderungen in den Aderhautgefässen neuerdings nachgewiesen sind.

Vorkommen und Verlauf. Die Affection kommt theils angeboren vor, theils wird sie in früher Jugend — etwa bis zum 10. Lebensjahre — erworben. Auch bei manchen Fällen angeborener einfacher Amaurose findet sich in späteren Jahren die Pigmentdegeneration (Mooren, Leber). Dieselbe macht den oben beschriebenen Entwickelungsgang der subjectiven Störungen durch, meist mit einer allmählich zunehmenden Verschlechterung, sodass im 50. Lebensjahre die Erblindung ziemlich vollständig ist. In anderen Fällen hingegen erhält sich ein gewisses Sehvermögen länger, selbst dauernd. Ein von mir beobachteter Patient, der bereits als 6jähriger Knabe hemeralopische Erscheinungen bot, hatte im 52. Lebensjahre noch S $^1/_3$ bezw. $^2/_9$ bei einer concentrischen Gesichtsfeldeinengung bis durchschnittlich 10 Grad um den Fixirpunkt. Zwei Brüder, von denen der jüngere als Soldat gedient hatte, waren schon als Kinder hemeralopisch. Der eine, 37 Jahre alt, hatte S $^5/_8$ bezw. $^5/_{12}$, der andere, 50 Jahre alt, S $^1/_7$ bezw. $^{12}/_{30}$. Dabei war das Gesichtsfeld bei Tagesbeleuchtung frei, bei herabgesetzter Beleuchtung aber eingeengt. Dass mit Ret. pigmentosa behaftete Individuen übrigens zum Militärdienste eingezogen werden, kommt öfter vor.

Complicationen mit Nystagmus, Katarakt, angeborenen Missbildungen, mit Schwerhörigkeit sind nicht selten. Auch findet sich bei Taubstummen öfter Pigmentdegeneration der Netzhaut.

Als Ursache des Leidens ist zum Theil Erblichkeit anzuschuldigen, auch in dem weiteren Sinne, dass andersartige, aber ähnliche Augenleiden bei den Eltern bestehen, z. B. einseitige Sehnervenatrophie. Bisweilen werden mehrere Kinder derselben Familie befallen, bisweilen nur die Knaben, bisweilen nur die Mädchen. Liebreich hat auf das Moment der Blutsverwandtschaft der Eltern aufmerksam gemacht. Der

Beweis ist allerdings schwer zu erbringen, da wir fürs Erste nicht wissen, in welchem Procentsatz der Ehen überhaupt die Eheleute miteinander verwandt sind. Aber auffällig erscheint immerhin die bei Nachfrage häufig hervortretende Verwandtschaft der Eltern.

Bei Syphilis kann in späteren Stadien der Retinitis ebenfalls ein ophthalmoskopisches Bild sich zeigen, das vollständig dem der typischen Ret. pigmentosa gleicht. Allerdings sind diese Fälle ausserordentlich selten; meist treten, wenn sich Pigmenteinlagerung in der Netzhaut findet, ausgedehntere Veränderungen der Chorioidea (Chorio-Retinitis) hervor. — Auch sind einige Fälle einseitiger typischer Pigmententartung beobachtet. Ich selbst habe einen Kranken gesehen, der, ohne vorhergegangene Lues, an einem Auge vollständig das geschilderte Bild bot. In diesen letzteren Fällen ist aber der klinische Verlauf ein abweichender, indem das Leiden ziemlich acut beginnt und auch die concentrische Gesichtsfeldeinengung nicht immer in regelmässiger Form ausgeprägt ist. Hemeralopie lässt sich jedoch nachweisen.

Einmal sah ich ein durchaus typisches Bild der Ret. pigmentosa, nur dass einige sehr feine weisse Linien sich in der Chorioidea (Chorioidealrisse) zeigten. Die Erblindung bestand seit Kindheit. Es war nach den gemachten Mittheilungen wahrscheinlich, dass die Chorioidealrisse Folgen einer unglücklichen Anlegung der Kopfzange bei der Geburt waren. Welche Verletzungen dabei gelegentlich zu Stande kommen, zeigt ein Fall Steinheim's, bei dem der Bulbus in Folge einer Zangenanlegung vollständig aus der Augenhöhle herausgetrieben war; ich selbst sah einmal eine Fractur des Oberkiefers mit secundärem Ectropium.

Die Therapie ist im Ganzen machtlos. In einzelnen Fällen hat man Nutzen vom constanten Strome (Dor), von Blutentziehungen (H. Pagenstecher), von Schwitzkuren (Schiess) und Strychnininjectionen gesehen. In letzter Zeit habe ich, von der Idee ausgehend, dass es sich um Chorioidealprocesse mit Hypertonie handele, in geeigneten Fällen die Sclerotomie gemacht und hiermit bisweilen einige Besserung erzielt.

6. Retinitis proliferans.

Ophthalmoskopisch sieht man bei der Ret. proliferans (Manz) weisse, glänzende und faltige Hervorragungen auf der Netzhaut, die gelegentlich zwischen sich den rothen Augenhintergrund durchscheinen lassen. Die Blutgefässe liegen meist in der Tiefe der Falten und entsprechen in Verlauf und Kaliber (Perivasculitis) nicht immer den normalen Netzhautgefässen. Die Papille ist öfter nicht zu sehen, da sie von den Wucherungen überdeckt ist. Von einer Netzhautablösung unterscheidet sich die Affection dadurch, dass die Falten ganz steil und scharf gegen den Glaskörper, wie „Gebirgskämme" hervorspringen.

Auch das Verhalten der Gefässe weicht von dem bei Netzhautablösungen ab: theilweise verlaufen sie zwar auf der Oberfläche der Neubildung, zum Theil aber in dem Gewebe selbst. Fast immer sind Blutungen in der Netzhaut und im Glaskörper vorhanden, es ist wahrscheinlich, dass diese oft die Ursache der Bindegewebs-Hypertrophirung bilden. Die Iris ist bisweilen grünlich verfärbt. Das Sehvermögen ist herabgesetzt: Gesichtsfeld entsprechend defect. Die Affection kann sich zurückbilden. Jodkali, Schmierkur und Heurteloup'sche Blutegel haben sich vortheilhaft erwiesen. In dem von Manz anatomisch untersuchten Falle, wo schliesslich Phthisis sich ausgebildet hatte, entstand eine chronische Entzündung der Netzhaut mit von ihrer Innenfläche ausgehenden starken bindegewebigen Wucherungen mit Kernvermehrung; die nervösen Elemente waren zerstört, die Netzhautgefässe etwas vermehrt. In anderen Fällen wurden ausgedehnte Veränderungen der Gefässwandungen nachgewiesen (Purtscher).

7. Netzhautablösung (Amotio s. Sublatio retinae).

Ausgedehntere Netzhautablösungen sind ophthalmoskopisch besonders gut im aufrechten Bilde zu erkennen. Wirft man Licht mit dem Augenspiegel in die Pupille und lässt nunmehr Bewegungen des Auges machen, so sieht man schon aus einiger Entfernung (etwa 30 cm), wie die rothe Farbe der Pupille bei gewissen Augenstellungen sich in Weiss oder Grau verwandelt. Auch erkennt man bei etwas stärkerem Herangehen, event. unter Zuhülfenahme von Convexgläsern, auf der weisslichen Partie Gefässe (vgl. Farbendrucktafel). Da die abgelöste Netzhaut nach vorn gerückt ist, so befindet sie sich in derselben Lage wie bei einem stark hypermetropischen Auge. Bei genauerer Einstellung zeigt sich die Farbe grösserer Ablösungen meist nicht gleichmässig zart grau, sondern enthält weissliche Striche und Streifen, welche der Faltenbildung in der abgelösten Membran entsprechen. Auch beobachtet man in diesen Fällen öfter ein Hin- und Herbewegen der Membran. Mit diesen Details lässt sich eine Netzhautablösung sicher diagnosticiren. Die oben erwähnten Farbenunterschiede allein, welche bei den Augenbewegungen hervortreten, können sich auch bei ausgedehnteren Chorioidealatrophien und Aehnlichem zeigen.

Ist die Ablösung kleiner und gespannt, oder ist das hinter der Netzhaut liegende Exsudat sehr durchsichtig, so treten sowohl Farbenveränderung wie Faltenbildung nicht deutlich hervor. Hier muss die Diagnose hauptsächlich aus der Niveaudifferenz zwischen anliegender und abgehobener Netzhaut gestellt werden, am besten im umgekehrten

Bilde (+ 13,0), indem man gerade den Rand der Ablösung einstellt und nun die auftretende parallaktische Verschiebung beim Bewegen der Convexlinse beachtet. Meist haben auch die Gefässe auf den abgelösten Partien ein charakteristisches Aussehen: sie erscheinen dunkler, ohne Reflexstreifen und strangartig; an einzelnen Stellen tauchen sie auf, an anderen werden sie undeutlich. Man muss in den Fällen scharfumschriebener Ablösungen vorzugsweise an darunter sitzende Tumoren oder an Cysticercus denken. Jedoch kommen sie auch vor als Product einer umschriebenen Chorioiditis, wie ich in einzelnen Fällen — nach Wiederanlegung der Netzhaut — sicher constatiren konnte. —

Die Netzhautablösungen finden sich bei längerem Bestehen vorzugsweise in der unteren Hälfte des Bulbus, indem selbst die früher nach oben gelegenen durch Senkung des Exsudates eine Ablösung der unten gelegenen Netzhautpartien zur Folge haben. Bisweilen hängt die abgelöste Netzhaut schleierartig über der Papille und verdeckt sie theilweise oder ganz. Bei totaler Ablösung, die aber meist wegen anderer secundärer Veränderungen nicht mehr ophthalmoskopisch gesehen werden kann, sitzt die Netzhaut nur noch an der Papille und an der Ora serrata. Sie bildet demnach eine Art Trichter, in welchem der geschrumpfte Glaskörper liegt.

Risse in der abgelösten Netzhaut sind durch die etwas umgeworfenen Ränder und durch das Durchscheinen der röthlichen Chorioidea erkennbar. Häufig sind auch Trübungen im Glaskörper vorhanden, zum Theil als Flocken und in umschriebener Form erkennbar, zum Theil mehr diffus, so dass ihr Vorhandensein vorzugsweise durch die Undeutlichkeit des ophthalmoskopischen Bildes zu diagnosticiren ist.

Der subretinale Erguss ist meist seröser Natur (gelegentlich sieht man Cholestearinkrystalle darin), sehr selten blutig oder gar eitrig. Der blutige Erguss kennzeichnet sich durch die dunkelrothe, der eitrige durch die gelbe Farbe der Ablösung.

Bei längerem Bestehen ausgedehnter Netzhautablösungen kommt es in der Regel zu secundärer Starbildung — meist als geschrumpfte gelblich-weisse Katarakt sich darstellend — und zu chronischer Iritis und Irido-Cyklitis mit grasgrüner Verfärbung der Regenbogenhaut. Dabei wird der Augapfel weicher, eine Consistenzveränderung, die bei frischen Ablösungen meist fehlt.

Bei frischen Netzhautablösungen findet man anatomisch besonders Veränderungen der Stäbchenschicht. Die Stäbchen zeigen Verbiegungen, Verlängerungen oder völligen Zerfall. Später werden auch die inneren Schichten ergriffen, die nervösen Elemente gehen unter Hypertrophirung des Bindegewebes zu Grunde. Die Netzhaut ist alsdann meist stark gefaltet, mit Höhlungen durchsetzt. Das Pigmentepithel bleibt, falls keine Chorioretinitis vorangegangen, auf der Chorioidea haften. Oefters beobachtet man in schweren Fällen auch eine Ablösung des Glaskörpers

von der Netzhaut: der durch die Schrumpfung des Glaskörpers zwischen ihm und der Netzhaut entstandene freie Raum wird durch ein flüssiges Exsudat ausgefüllt (Iwanoff). Auch kann der Glaskörper eine fibrilläre Degeneration zeigen (Leber, Nordenson).

Die Sehstörungen stellen sich in der Regel ziemlich plötzlich ein. Die Kranken geben an, es hätte sich eine dunkle Wolke vor die Gegenstände gelegt. Bisweilen haben sich einige Tage vorher Photopsien (feurige Kugeln u. dgl.) gezeigt. Entsprechend der Stelle der Ablösung findet sich eine Herabsetzung des Sehens. Oefter treten Gesichtsfelddefecte, die bei Tageslicht nicht wahrnehmbar waren, erst hervor, wenn man bei herabgesetzter Beleuchtung prüft. Bei längerem Bestehen kommt es meist zu einem ausgesprochenen Defect sogar für quantitative Lichtempfindung. Das centrale Sehen pflegt, selbst wenn, wie häufig, die Macula nicht direct in die abgelöste Partie fällt, ebenfalls bei einiger Ausdehnung der Ablösung zu leiden. Daneben besteht ausgesprochener Torpor retinae, indem fast immer eine starke Herabsetzung des Lichtsinns vorhanden ist. Auch Metamorphopsie wird beobachtet. Störungen der Farbenwahrnehmungen sind nicht in allen Fällen nachweisbar: öfter wird Grün mit Blau verwechselt (Dimmer). Gelegentlich quälen subjective Farbenerscheinungen und besonders ein der Ablösungsstelle entsprechendes Flimmern im Gesichtsfeld den Kranken und können lange Zeit bestehen bleiben.

Der Ausgang einer Netzhautablösung in dauernde Heilung ist nicht häufig: am ehesten ist sie zu erwarten bei umschriebener Ablösung in Folge exsudativer Chorioiditis. Sie kommt hier durch die Resorption der subretinalen Flüssigkeit zu Stande; in anderen Fällen kann auch Durchbruch in den Glaskörper erfolgen. Aber auch durch Senkung der Flüssigkeit können abgehobene Netzhautpartien sich wieder anlegen und von Neuem functioniren. Ausnahmsweise wechseln Anlegung und Ablösung wochenlang beständig. Kleinere Ablösungen bleiben bisweilen viele Jahre stationär, ohne dass eine erhebliche Verschlechterung des Sehens eintritt. In der Mehrzahl der Fälle aber nimmt das Sehen immer mehr ab und es kommt zur unheilbaren Erblindung.

Aetiologie. Als Ursachen der Netzhautablösung sind anzuführen: 1) Verletzungen. So stumpfe Gewalten, die den Bulbus treffen (etwa abspringende Selterswasser- oder Champagnerpfropfen, Schlag mit einem Holz u. ähnliches); perforirende Wunden der Sclera, die bei starkem Glaskörperverlust sofortige Ablösung veranlasssen oder sie auch noch später, wenn die Netzhaut in die Narbe eingeheilt ist, durch Narbencontraction bewirken. Selbst einfache Chorioidealrupturen können nachträglich noch zur Netzhautablösung führen (Saemisch, Knapp). Auch nach Starextractionen (besonders bei peripher. Wunde mit und ohne

cystoide Vernarbung) sieht man gelegentlich nach längerer Zeit Netzhautablösung folgen. 2) Hochgradige Myopie. [In der Regel sind Chorioidealveränderungen und Glaskörpertrübungen vorhanden. Bisweilen werden beide Augen nacheinander befallen. 3) Acute Chorioiditis mit serösem Erguss. 4) Tumoren sowohl der Netzhaut als der Chorioidea veranlassen nicht selten eine subretinale Exsudation, welche die Netzhaut abhebt. Die Diagnose auf Tumor wird durch stärkere Erhöhung des intraocularen Druckes gestützt. 5) Retinale Cysticerken. Die runde Form der Ablösung, eine eigenthümlich schillernde weisse Färbung an der Peripherie, Bewegungen des Wurmes, bisweilen auch das Durchscheinen des Kopfes dienen zur Diagnose. 6) Retinitis albuminurica. 7) Entzündungen des orbitalen Fettgewebes. 8) Chronische Chorioiditen, Irido-Cykliten und Glaskörperleiden.

Aber in einer ganzen Reihe von plötzlich auftretenden Netzhautablösungen ist keines der erwähnten ätiologischen Momente nachweisbar. Bisweilen wird als nächste Veranlassung von alten Leuten das Nehmen eines warmen Bades angegeben (Becker), öfter auch Erkältung. —

Die Entstehung der Netzhautablösung ist mechanisch nicht in allen Fällen leicht zu erklären. Wenn Glaskörper in grosser Menge abfliesst, so kann durch Exsudation seitens der Chorioidealgefässe oder auch durch Blutungen die Netzhaut abgedrängt werden. Ebenso werden dicke bindegewebige Stränge im Glaskörper, die sich bisweilen um Fremdkörper oder auch sonst nach schweren Entzündungen (Iridocyclitis, Eiterungen) bilden, wenn sie mit der Netzhaut in Verbindung stehen, diese durch Zug von der Chorioidea abheben (H. Müller). Aber in der Mehrzahl der ophthalmoskopisch diagnosticirten Netzhautablösungen handelt es sich nicht um solche gröbere Veränderungen.

Zur Erklärung dieser häufigen Formen stehen sich zwei Theorien gegenüber: die eine legt das Hauptgewicht auf eine primäre Alteration des Glaskörpers, die andere auf eine Trans- oder Exsudation seitens der Chorioidea. Leber, der im Glaskörper feine wellige Fibrillen gefunden hat, die stellenweis zu starken Zügen verbunden, sich an der Netzhaut ansetzten, nimmt an, dass diese Stränge sich bei der Glaskörperschrumpfung contrahirten und dabei einen Riss in der Netzhaut veranlassten. Durch diesen Riss sollte alsdann die präretinale Flüssigkeit, die bei Glaskörperablösung zwischen dem geschrumpften Glaskörper in der Netzhaut liegt, sich hinter die Netzhaut ergiessen und so die Ablösung bewirken. Gegen diese Anschauung aber spricht zuerst, dass in einer Reihe von Fällen Netzhautrisse überhaupt fehlen, wie unter anderem Horstmann's Zusammenstellungen erweisen. Im Uebrigen können die Risse auch secundär durch Durchbrechen der sub-

retinalen Flüssigkeit in den Glaskörper entstehen; wie Elschnig gezeigt, geschieht das besonders dort, wo die Chorioidea mit der Retina entzündlich verwachsen ist. Ferner müsste nach dieser Theorie die präretinale Flüssigkeit dieselben Eigenschaften haben wie die subretinale: ich habe aber in einem Falle nachweisen können, dass schon frühzeitig im subretinalen Raume Cholestearinkrystalle waren, während der Glaskörper sich davon vollständig frei zeigte. Auch ist die Senkung der Flüssigkeit bei älteren Netzhautablösungen nur durch ihre grössere specifische Schwere möglich, und in der That hat sie, wie auch ich bei Ablassung derselben öfter constatirte, einen stärkeren Eiweissgehalt gehabt. Dazu kommt, dass die erwähnten anatomischen Befunde im Glaskörper sich nur bei älteren Fällen finden. Wir müssen danach annehmen, dass von der Chorioidea her der subretinale Erguss stammt. Der frühere oft gemachte Einwand, dass hierbei eine intraoculare Druckzunahme eintreten müsse, während bei Netzhaut-Ablösungen die Tension herabgesetzt sei, ist insofern schon nicht stichhaltig, als eben die Tensionsabnahme sich nur bei älteren Ablösungen findet, durchaus nicht bei frischen. Im Uebrigen ist im Auge ein so treffliches Regulirungssystem für den Flüssigkeits-Zu- und Abgang, dass die, durch die Chorioideal-Exsudation bedingte Vermehrung des Augeninhaltes bald ausgeglichen werden kann. Ebenso wie aber, trotz des gegenwirkenden Glaskörperdruckes eine blutige Netzhautablösung zu Stande kommen kann, so auch eine exsudative. Es ist übrigens sehr wahrscheinlich, dass bei den verschiedenen Netzhautablösungen sowohl Exsudate wie Transsudate eine Rolle spielen. Der Unterschied zwischen beiden, auf den grösseren oder geringeren Eiweissgehalt gegründet, ist schon pathologisch-anatomisch nicht immer sicher zu machen. Meist dürfte es sich um eine Exsudation handeln; nach Raehlmann regt das eiweissreiche Exsudat der Chorioidea eine reichliche Diffusion vom Glaskörper her an, wodurch für die Netzhautablösung Platz gemacht würde. Schnabel nimmt als Ursache der Ablösung eine Secretionsneurose an.

Die Behandlung der Netzhautablösungen, besonders frischer und nicht zu ausgedehnter, ist nicht so aussichtslos, wie sie früher oft hingestellt wurde. Jedenfalls ist ein Versuch dringend angezeigt und führt bisweilen zu kaum erhofften Resultaten. Besserung des Sehens wird ziemlich regelmässig erzielt; aber auch eine temporäre, bisweilen selbst dauernde Wiederanlegung der Netzhaut kann erreicht werden. Als einfachstes Mittel empfiehlt sich ein Druckverband auf das Auge (Samelsohn), horizontale Bettlage und Schwitzen (Natr. salicylicum oder Pilocarpin-Injectionen), eventuell mit mässiger Trockendiät. Die Erklärungsweise, welche Samelsohn bezüglich des Nutzens des Druckverbandes giebt, scheint jedoch nicht zutreffend. Nach ihm ist bei einer

plötzlichen Herabsetzung des Druckes im Glaskörper die unelastisch gewordene Sclera nicht gefolgt und so die Exsudation zwischen Chorioidea und Retina entstanden. Der Druckverband soll nun gleichsam die Contractionsfähigkeit der Sclera unterstützen. Es müsste demnach eine Spannungszunahme die Folge sein. Man beobachtet aber gerade im Gegentheil, dass unter dem Druckverbande der intraoculare Druck auffällig herabgeht: die Augen werden weich. Oefter treten hierbei graue strichförmige Trübungen der Cornea, bisweilen fast wie kleine Falten aussehend, auf, die mit der verringerten Cornealspannung in Verbindung stehen. Injection kleiner pericornealer Gefässe findet sich ziemlich regelmässig. Es erscheint demnach annehmbarer, dass der Druckverband eine eingreifende Aenderung der Circulations- und Absonderungsverhältnisse veranlasst und hierdurch seinen oft deutlich ersichtlichen, bessernden Einfluss ausübt.

Auch durch subconjunctivale Kochsalz-Einspritzungen, Heurteloup'sche Blutentziehungen und Ableitung auf den Darmkanal kann man den Heilungsvorgang unterstützen.

Operative Eingriffe werden sich erst empfehlen, wenn obige Behandlung einige Zeit durchgeführt ist und sich als nutzlos erwiesen hat. Am meisten Vortheil verspricht die ungefährliche Punktion der Sclera, wie sie besonders von Alfred Graefe empfohlen worden. Nachdem man sich genau über die Stelle der Netzhautablösung unterrichtet hat, schneidet man die Conjunctiva ein und legt sich die Sclera, dort wo die Netzhautablösung sitzt, unter entsprechender Drehung des Bulbus bloss. An Stelle eines Graefe'schen Starmessers benutze ich jetzt zum nunmehrigen Einstich in die Sclera ein kürzeres schmales Messerchen, das in einer Entfernung von 3 mm von der Spitze sich verjüngt: hierdurch schafft man Raum zum Abfluss des subretinalen Exsudates und ist sicher, nicht zu weit in das Augeninnere zu gehen. Die Conjunctivalwunde wird durch Naht vereinigt. In der Regel kann man nach dieser Operation eine partielle oder totale Anlegung beobachten: doch hält sie leider meist nicht Stand. Alsdann empfiehlt sich öftere Wiederholung. Tiefere Eingriffe, die, wie die Wecker'sche Drainage mit Golddraht einen dauernden Abfluss der Flüssigkeit, oder wie das Schöler'sche, auf der Leber'schen Theorie basirte Einspritzen von Jodtinctur in den Glaskörper eine Heilung des letzteren bewirken sollten, sind selbst von ihren Erfindern wegen der öfter beobachteten gefährlichen Folgen verlassen worden. Deutschmann hat, ursprünglich ebenfalls auf der Leber'schen Theorie stehend, versucht, durch ein tiefes Eingehen mit dem Graefe'schen schmalen Messer neben der ausgiebigen Entleerung subretinaler Flüssigkeit auch noch die supponirten mikro-

skopischen Glaskörperstränge zu durchschneiden. Wenn dies nicht genügte, hat er einen Tropfen Kaninchenglaskörperurnata („Glaskörpertransplantation") mit physiologischer Kochsalzlösung in den Glaskörper gespritzt, um diesen umzustimmen. Die Folge war eine mehr oder weniger heftige Entzündung. Neuerdings hat Deutschmann die erwähnte Theorie zwar aufgegeben, aber das Verfahren mit geringen Modificationen beibehalten. Jedenfalls ist vor einer zu ausgiebigen Bearbeitung des Glaskörpers zu warnen. Am wenigsten bedenklich erscheint das Einspritzen der aus dem aufgehängten Glaskörper austropfenden Flüssigkeit (die etwa die Zusammensetzung des Humor aqueus hat) zum Zweck des Andrängens der Netzhaut an die Chorioidea: diese Operation kann, wie ich in einem Falle sah, ohne besondere Reaction verlaufen.

Auch Electrolyse (Abadie), Galvanocauterisation der Sclera sind versucht worden. Dor hat durch sein, viele Monate lang fortgesetztes Verfahren (absolut flache Bettlage, 36 Stunden Druckverband, 2 Mal wöchentlich Heurteloup, wöchentliches Cauterisiren der Sclera an 3 bis 4 Punkten dort, wo die Netzhautablösung sitzt, und wöchentlich eine Einspritzung, subconjunctival oder bei hinterem Sitz der Ablösung innerhalb der Tenon'schen Kapsel, von einer 20 bis 30 % Kochsalzlösung, 1/3 Pravazspritze) in einem erheblichen Procentsatz von Netzhautablösungen eine Heilung erzielt.

8. Embolie und Thrombose der Art. centralis retinae. Ischaemia retinae.

Bei der embolischen oder thrombotischen Verstopfung der Art. centralis retinae erscheinen die Arterien und Venen abnorm eng. Besonders die Arterien sind kaum als schmale, dünne, blasse und blutleere Fäden erkennbar, die sich bisweilen nur eine Strecke weit in die Netzhaut hinein verfolgen lassen. In anderen Fällen — es hängt das von dem mehr oder weniger vollständigen Verschluss des Lumens ab — hat man längere oder kürzere Zeit nach dem Anfall in den Arterien einen unterbrochenen, in einzelnen kleinen rothen Säulchen sich fortbewegenden Blutstrom gesehen. Die Venen sind meist dicker als die Arterien und erscheinen wie dunkle Stränge: auch in ihnen kann der Blutstrom in ähnlicher Weise sich darstellen, wie in den Arterien. In anderen Fällen von v. Graefe, und in einem von mir, war das Phänomen nur in den Venen nachweisbar. Im Anfang des Leidens ist die Unterscheidung zwischen Venen und Arterien nicht immer leicht.

Die Papilla optica ist meist blass. Einige Stunden oder mehrere Tage nach dem Eintritt der Verstopfung zeigt sich eine leichte graue

Trübung der Netzhaut, die besonders die Umgebung der Papille und die Macula lutea trifft. Der centralste Theil der letzteren erscheint als ein blutrother kleiner Fleck, — es ist dieses Bild durchaus ähnlich demjenigen, das man an der Macula sieht, wenn in einem relativ frischen Auge die Netzhaut anfängt, sich leicht cadaverös zu trüben: es tritt dann in Folge des Contrastes die braunrothe Stelle der Macula (Netzhaut und Chorioidea in situ) noch schärfer hervor. Oefter dürfte es sich aber doch um eine Blutung in der Macula handeln, wenigstens habe ich einige Male an der betreffenden Stelle später dunklere Pigmentirung und auch weisse Stippchen auftreten sehen: ganz ähnlich wie man sie sonst nach Resorption von Blutergüssen beobachtet.

Das Sehvermögen schwindet plötzlich und vollkommen. Wenn die Kranken den Eintritt der Erblindung beobachtet haben, so schildern sie ihn so, dass eine schwarze Wolke sich vor das Auge gezogen habe. Bisweilen gehen temporäre Verdunkelungen der vollkommenen Amaurose einige Tage voraus; wahrscheinlich ist dies auf einen zeitweise oder partiell verstopfenden und weiter geschwemmten Embolus zu schieben (Mauthner).

In einigen Fällen wird nach einiger Zeit die Circulation wieder frei, und es kann so zu einer Wiederherstellung des Sehvermögens kommen. Meist aber entwickelt sich eine Netzhaut- und Sehnervenatrophie; auffallender Weise bleibt hier noch oft ein nach aussen gelegener Sector der Gesichtsfelder frei, in dem in der Nähe Finger gezählt werden können. In einem von mir beobachteten Falle trat am folgenden Tage eine Irido-Chorioiditis auf, die ebenfalls auf einen embolischen Ursprung (Embolie der Ciliargefässe) zurückführbar erschien.

Es sind zumeist Herzkranke mit Klappenfehlern, bei denen eine Embolie der Art. centralis retinae anzunehmen ist. Fehlen Gründe für Einschleppung von Blutgerinnsel, so ist eine Thrombus-Bildung wahrscheinlicher. Nach Michel's Befunden kann dieselbe in Folge von Endarteritis auftreten, oder als maranthische (bei Nierenschrumpfung und Fettherz), septische oder Druckthrombose. Letztere kommt vorzugsweise in Betracht bei retrobulbären Neuritiden mit Exsudationen, bei retrobulbären Blutungen (H. Pagenstecher) oder nach Blutungen in den Sehnerv (Magnus). Ich möchte annehmen, dass häufiger Thrombosen als Embolien als der Arteria centralis vorliegen. Besonders dann ist daran zu denken, wenn Herzaffectionen fehlen und durch Druck auf den Bulbus eine noch weitere Verdünnung der mässig engen Arterien nachweisbar ist; diesen nicht vollständigen Blutabschluss trotz eingetretener Erblindung habe ich mehrmal bei Albuminurie beobachtet. Auch durch vasomotorische Einflüsse (Epilepsia retinae [Jackson]), die gelegentlich reflectorisch von den Geschlechtsorganen angeregt werden können (Priestley

Smith), z. B. im Wochenbett (Königstein), können ähnliche Zustände hervorgerufen werden. Diese Affectionen unterscheiden sich jedoch von der Embolie durch ihr doppelseitiges Auftreten. Auch die als Ischaemia retinae von Afred Graefe und Rothmund beschriebenen Fälle gehören hierher. Es handelt sich um doppelseitige, über Nacht oder in ein paar Tagen auftretende Erblindungen resp. hochgradige Amblyopien, bei denen die Arterien eine ausserordentliche Enge bei sonst normalem Augenhindergrunde zeigten. Durch Iridectomie oder Punktion der vorderen Kammer wurde die Heilung in diesen Fällen angebahnt. —

Der anatomische Nachweis eines Embolus wurde zuerst in einem v. Graefe klinisch beobachteten Falle durch Schweigger geführt. Später sind eine Reihe ähnlicher Befunde, neuerdings von Manz, Elschnig und Wagenmann, veröffentlicht worden. In einem von mir untersuchten Falle begann die Verstopfung der Art. centralis retinae bald nach ihrem Eintritt in den Opticus. Ein starker neben der Centralarterie verlaufender Ast, der sich übrigens anatomisch in der Regel findet (Schwalbe), war ebenfalls verstopft. Auch in einer Netzhautarterie sass ein Embolus. Selbst die Art. ophthalm. zeigte an einzelnen Stellen grössere Blutgerinnsel; kleinere, von ihr in der Nähe der Art. centralis retinae abzweigende Aeste waren verstopft. — Es ist annehmbar, dass in Fällen, wo das ausgeprägte Bild der Emolia art. centr. retinae bestand und dennoch innerhalb des Sehnerven kein Embolus oder anderweitige Erkrankungen gefunden wurden (Hirschberg), die verstopfende Masse wenigstens in der Nähe sass; centrale Verstopfungen der Ophthalmica bewirken keine Störungen im Auge (Elschnig). Fälle von Thrombosen sind neuerdings anatomisch öfter nachgewiesen worden (Haab, Michel u. A.)

Ein doppelseitiges Auftreten der Verstopfung der Arter. centralis ist äusserst selten beobachtet; man wird hier eher an thrombolische als an embolische Processe denken müssen.

Bezüglich der Wiederherstellung der Blutcirculation in der Netzhaut nach der Embolie oder Thrombose der Centralarterie ist auf verschiedene Möglichkeiten aufmerksam gemacht worden. Die nächstliegende ist die, dass der Pfropf zerfällt oder fortgeschwemmt wird. Es würde alsdann der Bluteintritt wieder durch die Hauptarterie erfolgen. Auch lehrt eine durch Sectionsbefund gestützte Beobachtung, dass bei einem Embolus, der das Arterienlumen nicht vollständig füllt, zuerst eine hochgradige Ischämie (wohl Folge einer durch die Verringerung des Blutstroms bedingten zeitweiligen Arteriencontraction) zu Stande kommen kann, die nach einiger Zeit wieder verschwindet (Schnabel). Bei totalen dauernden Verstopfungen wird aber die Bildung eines Collateral-Kreislaufs in Erwägung zu ziehen sein. Zur Erklärung desselben hat man auf die Gefässe des Zinn'schen Scleralkranzes, von dem in der That bisweilen kleine Aeste in die Papille kommen, zurückgegriffen. Doch sind dieselben in der Regel nicht stark genug, um einen ausgiebigen collateralen Blutzufluss anzubahnen. Ich möchte mehr

auf den im Sehnerven parallel dem Hauptstamme verlaufenden kleineren Ast der Art. centr. retinae hinweisen, der in der Norm nur bis zur Lamina cribrosa geht. Ist dieser nicht verstopft — was dann der Fall ist, wenn der Embolus oder Thrombus nahe dem Bulbus sitzt —, so wird die ganze Blutmasse, welche in den Sehnerven tritt, bei einer Verstopfung des Hauptastes in diesen Nebenast geworfen werden und ihn ausdehnen; hierdurch sind die günstigsten Verhältnisse zur Ausbildung collateraler Verbindungen mit den papillären Gefässen gegeben. —

Auch Embolie, beziehentlich Thrombose einzelner Arterienäste, mit entsprechenden Gesichtsfelddefecten wurden gelegentlich beobachtet. Man findet hier den betreffenden Arterienast verdünnt; die versorgte Netzhautpartie wird milchweiss (Saemisch), auch zahlreiche Blutungen (hämorrhagischer Infarct) können in ihr auftreten.

Die Therapie bezweckt, die Durchgängigkeit des Arterienrohres wieder herzustellen.

Man hat zu diesem Zweck die Iridectomie oder Paracenthese empfohlen. Die durch diese Operation bewirkte Herabsetzung des intraocularen Druckes wird einen vermehrten Blutzufluss bewirken; doch kann man sich nur dann einen Vortheil davon versprechen, wenn das Lumen der Centralarterie partiell frei ist; anderenfalls würden die Aenderungen im Augendrucke gar keinen Einfluss auf den Blutstrom in dem rückwärts gelegenen Theil der Sehnervenarterie üben. Eher ist Erfolg zu erwarten bei Verstopfung von Theilästen.

Besser erscheint die frühzeitige Massage des Auges (Mauthner): man hat in der That danach Wiederherstellung der Blutcirculation eintreten sehen. — Direct kann man auf den Embolus der Sehnervenarterie einwirken, wenn man — wie bei der Neurotomia optico-ciliaris — sich längs des Bulbus einen Zugang zum Sehnerven bahnt und mit dem Schielhaken leichte Compressionen auf denselben ausübt. In einem von mir in dieser Weise behandelten Falle trat nach einigen Tagen Füllung und Blutcirculation in der Art. centralis wieder ein.

9. Glioma retinae.

Ein sehr auffälliges Krankheitsbild, das sich vorzugsweise bei Kindern findet, das „amaurotische Katzenauge“ (Beer) wird in der Regel durch ein Gliom der Netzhaut bedingt. Man sieht hierbei aus der Pupille des Kranken einen gelblichen Reflex, der hinter der Linse seinen Sitz hat, hervorleuchten. Bei der Untersuchung mit focaler Beleuchtung findet man im Glaskörper eine weissgelbliche Masse, die mit Blutgefässen durchzogen ist; letztere verästeln sich nicht in der für die Netzhautgefässe charakteristischen Art. Auch kleine Blutungen trifft

man gelegentlich. Dabei kann das äussere Ansehen des erblindeten Auges normal sein. Die Pupille ist gewöhnlich erweitert, doch kommen auch enge und selbst durch Atropin schwer dilatirbare Pupillen vor; die Iris ist bisweilen verfärbt. Das Sehvermögen wird meist sehr früh aufgehoben; in einzelnen Fällen erhält sich jedoch noch lange guter Lichtsinn.

Oefter gesellen sich Erscheinungen von secundärem Glaukom hinzu: Steigerung des intraocularen Druckes, starke Füllung der auf der Sclera verlaufenden Venen. In anderen Fällen führt eine eitrige Chorioiditis zur Phthisis bulbi; doch ist damit nicht eine Heilung des Uebels verbunden, da sich später die Geschwulst wieder von Neuem vergrössert (v. Graefe). Wächst das Gliom, so füllt es den Bulbusraum immer mehr aus, setzt sich durch den Sehnerven nach hinten in das Gehirn fort und kann auch am Hornhautrande oder durch die Sclera perforiren. Schliesslich werden die übrigen Gebilde der Orbita mit ergriffen, bisweilen schon vor der Perforation, indem sich durch Propagation längs der Gefässscheiden episclerale Tumoren bilden. Die knöcherne Orbitalwand bleibt lange Zeit frei. Die Geschwulst — bisweilen hühnereigross — bekommt ein röthliches, fleischartiges Aussehen und wächst aus der Orbita heraus: von den einzelnen Theilen des Augapfels sind alsdann nur noch Spuren wahrzunehmen. Selbst auf Durchschnitten findet man hier nur durch die Reste der Sclera die frühere Gestalt des Bulbus angedeutet. Aber selbst bei extraocularer Fungusbildung kann ausnahmsweise der orbitale Sehnerv intact bleiben (Schönemann).

In einzelnen Fällen weicht der Verlauf von dem oben geschilderten ab. So kommt es vor, dass sich frühzeitig zu der Geschwulst eine Netzhautablösung hinzugesellt, die dann nach vorn gedrängt den Tumor verdeckt. Hierdurch wird die Diagnose erschwert. In einem derartigen Falle habe ich schon Perforation der Sclera in Gestalt einer gelblichen erbsengrossen Hervorwölbung gesehen, ehe die Geschwulst durch den Glaskörper erkennbar war. Wie es sich nach der Enucleation zeigte, sass die Hauptgeschwulstmasse in den vordersten ciliaren Theilen der Netzhaut, in den hintersten Partien der abgelösten Netzhaut fanden sich kleine, stecknadelknopfgrosse Nester, die aber nur in den äusseren Schichten ihren Sitz hatten; der Sehnerv war frei.

Um ein Gliom von einer Netzhautablösung zu unterscheiden, kann man, abgesehen von den Faltungen, welche letztere meist zeigt, auch den Gefässverlauf benutzen. Bei der Netzhautablösung sieht man die normale Verästelung der Netzhautgefässe, bei Glioma sind es neugebildete, unregelmässig verlaufende, meist breitere Gefässe. Weiter ist für die Diagnose verwerthbar die Tension: Drucksteigerung beim Tumor gegenüber der Druckherabsetzung bei älteren Netzhautablösungen. Doch kann auch dieses Kriterium versagen, wenn entzündliche Erscheinungen

(z. B. Iritis) zu letzterer hinzugetreten sind, die ebenfalls intraoculare Druckerhöhung hervorrufen. Diese Schwierigkeiten lassen es verständlich erscheinen, dass die Section mancher wegen Gliom enucleirter Augen andere Affectionen, so Netzhautablösungen durch eine citrongelbe Flüssigkeit (Greeff), subretinalen Cysticercus (v. Graefe), Fibrom der Sclera (Saemisch), selbst Uvealerkrankungen mit Glaskörper-Infiltration finden liess. Bezüglich letzterer Affection wird auf die Anamnese zu achten sein; bei Gliom tritt der gelbe Reflex ohne vorhergegangene Entzündungen auf.

Pathologische Anatomie. Die in Rede stehenden Geschwülste hat Virchow zuerst als Glioma retinae beschrieben; Hirschberg betonte, dass die bösartigen intraoculären Geschwülste der Kinder fast regelmässig Gliome wären und von der Netzhaut ausgingen. Durch seine, v. Graefe's und Knapp's Arbeiten wurde besonders die klinische Uebereinstimmung mit dem „Markschwamm" (Fungus haematodes s. medullaris) der alten Autoren festgestellt. Es handelt sich makroskopisch um eine weiche, markartige Geschwulst von weisslicher, bisweilen leicht röthlicher Farbe, ähnlich dem Gliom des Gehirns. Sie wächst nach aussen gegen die Chorioidea (Gl. exophytum) oder in den Glaskörperraum hinein (Gl. endophytum).

Man beobachtet in der Geschwulst Einlagerungen zahlreicher kleiner, rundlicher Zellen, die theils den normalen Zellen der Körnerschicht gleichen, theils leicht granulirt einen grossen Kern mit schmalem Protoplasmaring haben. Von Grundsubstanz ist nur eine structurlose, feingekörnte Masse zu sehen; bisweilen erkennt man in ihr ein Netz feiner Fäserchen. Der Ausgang der Geschwulstbildung sind die Gliazellen der Netzhaut. Das zeigt sich besonders bei Färbungen mit der Osmiumbichromat-Silbermethode von Golgi. Hierbei treten in Masse echte Gliazellen (Spinnenzellen mit zahlreichen Ausläufern) hervor, daneben Ganglienzellen von verschiedener Grösse (Greeff, Hertel). Da die Spinnenzellen nur in der Nervenfaser- und Ganglienzellenschicht vorkommen, so würde anzunehmen sein, dass sich hier auch das Gliom entwickelte. Doch sind noch an anderen Schichten die ersten Ausgänge beobachtet worden; es handelt sich dann um versprengte Keime, wie Wintersteiner, der die Geschwulst als Neuroepitheliom bezeichnet hat, ausführt. Bei längerem Bestehen und starker Ausbreitung treten grössere Gruppen von vorzugsweise spindelförmigen Zellen mit grossem Kern auf (Glio-Sarkom); auch Züge von Bindegewebsbündeln. Als Producte regressiver Metamorphose findet man gelbbräunliche, breiige Massen, die stark verfettete Zellen, Fettkrystalle, Pigmentschollen (zum Theil wohl von Blutungen herrührend) enthalten, selbst Verkalkungen. Setzt sich der Process in den Sehnerven fort, so findet sich dort eine Einlagerung gliomatöser Zellen; diese sind aber der Form nach nicht von den, in dem Opticus normal vorkommenden zu unterscheiden. Leitend für die Annahme eines pathologischen Vorganges ist in zweifelhaften Fällen die stärkere Zellen-Anhäufung in längeren Zügen oder an umschriebenen Stellen. Auch durch die Sehnervenscheide kann die Propagation erfolgen.

Verlauf. Die Affection entsteht bald nach der Geburt oder in den nächst darauf folgenden Jahren. Da im Beginn entzündliche Erscheinungen oder Schmerzen fehlen, so werden die Eltern meist erst durch den gelben aus der Pupille kommenden Reflex aufmerksam. Im

Laufe eines oder einiger Jahre führt die Affection, wenn keine Hilfe gebracht wird, in der Regel zum Tode, meist unter Auftreten von Metastasen in den benachbarten Lymphdrüsen, im Gehirn, Leber, Nieren, Knochen u. s. w. Nicht allzu selten werden beide Augen nach einander befallen. Auch mehrere Kinder derselben Familie (bei voller Gesundheit der Eltern) erkranken bisweilen an dem Leiden. Ich habe zwei nachfolgende Söhne unter drei Kindern von Gliom befallen sehen.

Die Therapie besteht in der frühzeitigen Enucleation. Da trotz scheinbar noch intraocularen Sitzes die Geschwulst doch in den Sehnerv sich fortgesetzt haben kann, so ist von letzterem ein möglichst grosser Theil zu exstirpiren. Wird frühzeitig enucleirt, so kann, wie eine Reihe von Fällen erweist, dauernde Heilung erzielt werden. Sehr viel weniger wahrscheinlich ist dies, wenn die Geschwulst bereits das anliegende Gewebe ergriffen hat: hier erfolgen theils locale Recidive, theils tritt auch trotz Ausbleibens derselben, durch Metastase der Tod ein. Man wird aber immerhin, wenn Metastasen noch fehlen und der Gesundheitszustand des Kindes nicht bereits zu schlecht ist, den Versuch einer möglichst reinen Exstirpation, eventuell mit nachträglicher Anwendung des Glüheisens oder auch Herausnahme des Periostes machen müssen, da selbst in derartig vorgeschrittenen Fällen einzelne Heilungen constatirt sind. Sind beide Augen befallen, so ist die Prognose fast absolut schlecht.

Fünftes Kapitel.

Erkrankungen der Chorioidea.

1. Hyperaemia Chorioideae.

Hier gilt noch in erhöhtem Maasse das, was bezüglich der Schwierigkeiten, welche die Diagnose einer Hyperaemia retinae bieten, früher gesagt worden ist. In einer Reihe von Fällen sehen wir wegen der starken Pigmentirung des Epithels überhaupt nichts von den Chorioidealgefässen, können also auch eine Hyperämie derselben nicht diagnosticiren. Nur

bei geringer Pigmentirung des Augenhintergrundes, wie sie vorzugsweise bei blonden Individuen oder bei Albinos vorkommt, erkennen wir die Chorioidealgefässe. Immerhin ist es aber auch hier schwer, eine vermehrte Füllung derselben zu constatiren, wenn nicht etwa der Vergleich mit dem anderen gesunden Auge möglich ist. Keinenfalls aber lasse man sich verleiten, wie es von Anfängern manchmal geschieht, daraus, dass bei Pigmentmangel der Augenhintergrund lebhaft roth erscheint und die Gefässe deutlich hervortreten, eine Hyperämie zu diagnosticiren. Eine umschriebene Röthung der Papilla optica — ohne Trübung des anliegenden Gewebes — kann für die Annahme einer Hyperämie, die bei anderweitigen Erkrankungen des Uvealtractus eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich hat, als unterstützendes Moment in's Gesicht fallen.

2. Chorioiditis exsudativa.

Bei der eigentlichen Chorioiditis kommt es zu Exsudationen und zu Gewebsveränderungen.

Im Beginn mancher Affectionen handelt es sich nur um eine Ausschwitzung serösen Exsudates (Chorioiditis serosa), die bisweilen keine deutlichen ophthalmoskopischen Veränderungen setzt. Doch sieht man öfter die Netzhaut leicht ödematös getrübt mit fadenartig umgewandelten, dunkleren Gefässen, die ihren centralen Lichtreflex mehr oder weniger verloren haben; besonders an der Papillengrenze tritt eine hierdurch bedingte Verdickung derselben scharf hervor. In der Peripherie können bereits flache Ablösungen erfolgt sein. Ferner beobachtet man bei umschriebenen Processen eine manchmal scharf abgegrenzte kleine Netzhaut-Ablösung. Erst im weiteren Verlauf erkennt man dann die Gewebs- und Pigment-Veränderungen der Chorioidea. Die Kranken klagen über Schlechtsehen, Metamorphopsie, Flimmern vor den Augen u. dergl.

Ist die Macula lutea befallen, so erscheint sie im Beginn der Affection bisweilen wie leicht behaucht. Auch ist beachtenswerth das Fehlen des Lichtringes und einer schärferen Begrenzung und Absetzung gegen die Umgebung, wie wir sie sonst bei der Betrachtung im umgekehrten ophthalmoskopischen Bilde finden. Die Papilla optica ist oft hyperämisch. Da aber diese Erscheinungen sich ebenso bei einer Retinitis centralis finden, so wird für's Erste die Diagnose in suspenso bleiben müssen. Sehr wahrscheinlich wird die Annahme einer Chorioiditis centralis, wenn an anderen Stellen bereits deutliche Chorioidealveränderungen vorliegen. Besonders häufig findet man bereits kleine Alterationen in der Peripherie des Augenhintergrundes, während die Maculargegend noch intact erscheint.

Dass man auch ohne ophthalmoskopische Befunde an der Chorioidea bei Glaskörpertrübungen, die sich mit Iritis complicieren, eine Chorioiditis zu diagnostieiren gewohnt ist, wird später (vergl. Irido-Chorioiditis und Glaukom) ausgeführt werden.

Die ophthalmoskopisch sicher zu diagnostieirende Chorioiditis (Chorioiditis plastica) charakterisirt sich im Grossen und Ganzen dadurch, dass das gleichmässige Roth des Augenhintergrundes durch andersfarbige Flecke unterbrochen wird. Es erscheinen weisse, gelbliche, rothgelbliche, dunkelrothe Partien, neben grauen und schwarzen (vgl. Farbendrucktafel). Oft sind die weissen Flecke von schwarzen Rändern umgeben. Bisweilen finden sich nach abgelaufener Chorioiditis feine, weisse, meist verästelte Streifen (Chorioiditis striata), die einen schwarzen Saum zeigen. Sie können auch etwas erhaben sein. Bei den weissen Streifen, die durch Veränderungen der Retina bedingt wird, pflegt die Rand-Pigmentirung zu fehlen. Gelegentlich kann auch eine leichte Hervorhebung der Netzhaut durch das Chorioideal-Exsudat veranlasst werden. Dabei besteht nicht selten, namentlich wenn der Process acut ist, Hyperämie der Papille. Die Form der Flecke wechselt zwischen solchen, die bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde mit convex 13·0 kaum als feine Punkte erkennbar sind und solchen, welche die Grösse der Papille weit überragen. Bisweilen sind sie rund, bisweilen unregelmässig gestaltet oder strichförmig. Auch die Lage ist verschieden. Zuweilen findet sich die Erkrankung nur um die Macula herum (Chorioiditis centralis): es zeigt sich hier öfter ein röthlicher Fleck von rundlicher oder unregelmässiger Form, auch erhaben, der später abblasst und kleine schwarze Pigmentstriche zu Tage treten lässt. Gelegentlich ist man zweifelhaft, ob eine maculare Blutung die in der Umgebung deutlicheren Chorioidealveränderungen (gelbliche und schwärzliche Flecke) complicirt. In anderen Fällen nehmen die Veränderungen einen grossen Theil des Augenhindergrundes ein, in wieder anderen Fällen sind sie auf den Aequator des Bulbus beschränkt (äquatoriale Chorioiditis).

Von der gewöhnlichen Chorioiditis exsudativa hat man bestimmte Arten ausgeschieden, die sich durch die Eigenartigkeit des Auftretens und der Form auszeichnen.

1) Chorioiditis disseminata. Hier bilden sich die Flecke in besonderen umschriebenen Herden, die in der Regel nicht allzu gross und durch normal erscheinendes Gewebe von einander getrennt sind. Es handelt sich meist um weissliche und gelbliche Flecke, die zum Theil einen schwärzlichen Rand haben, oder auch um einfach schwarze Flecke.

2) Chorioiditis areolaris (*Förster*). Das Centrum des Er-

krankungsherdes ist die Macula. Die jüngsten Bildungen erscheinen kohlschwarz und rundlich, während allmählich eine Entfärbung eintritt, so dass die älteren Flecke weisslich aussehen und nur noch einen schwarzen Ring zeigen. Aubert hat bei dieser Art der Chorioiditis im Stroma der Aderhaut rundliche Knoten gefunden, welche der Netzhaut zugekehrt sind. Diese zeigen an ihrer Oberfläche bisweilen kleine Vertiefungen, in welche die verdünnte und atrophische Netzhaut hineingezogen ist. Der Knoten besteht aus einem dichten Fasernetz mit zelligen Elementen. In der Umgebung der Knoten und zum Theil auf ihnen findet sich dunkles, in Zellen eingeschlossenes Pigment.

3) Chorioiditis syphilitica. Sie ist dadurch charakterisirt, dass besonders in der Aequatorgegend sehr kleine dunkle oder auch weissliche Flecke auftreten. Daneben besteht meist eine feine, staubförmige Trübung des Glaskörpers. Die Complication mit Retinitis (siehe S. 271) ist häufig. Aus dem Befunde kleiner äquatorialer Flecke allein ist die ätiologische Diagnose nicht zu stellen.

Mit grösserer Wahrscheinlichkeit kann man hereditäre Syphilis diagnosticiren, wenn man bei Kindern Chorioiditis areolaris oder disseminirte rundliche helle Herde mit Pigmentumsäumung oder auch schwarze Pigmenthaufen und -striche constatirt, zumal wenn dabei Abblassung der Sehnervenpapille besteht (Hirschberg, Antonelli, Silex). Auch bei Keratitis parenchymatosa luetica findet man als Complication öfter eine Chorio-Retinitis.

4) Chorio-Retinitis. Wenn auch bei den vorgenannten Formen die Mitbetheiligung der Netzhaut durch die Herabsetzung der Sehschärfe erwiesen ist, so thut man gut, den Namen Chorio-Retinitis für die Erkrankungen festzuhalten, bei denen wirklich die eigentliche Netzhaut (und zwar nicht nur das Pigmentepithel) ophthalmoskopische Veränderungen zeigt. Abgesehen von Trübungen, etwaigen Blutergüssen oder secundären Veränderungen (Atrophie der Netzhaut mit Dünnheit der Blutgefässe und Atrophie der Papille), sind es besonders schwärzliche Pigmenthaufen, die bei länger bestehenden oder schweren Formen von Chorioiditis in die Netzhaut gelangen. Da ophthalmoskopisch nicht direct zu sehen ist, ob das Pigment in der Netzhaut oder in der Chorioidea liegt, so muss man sich daran halten, ob das Pigment an irgend einer Stelle einem Netzhautgefässe aufsitzt und dasselbe partiell verdeckt. Gewöhnlich sind ausserdem noch diffuse Veränderungen der Chorioidea, wie Ent- und Verfärbung grösserer Partien und Ansammlung kleinerer oder grösserer Pigmentflecke, sichtbar.

Von der Retinitis pigmentosa unterscheidet sich die Chorio-Retinitis ophthalmoskopisch dadurch, dass bei letzterer eben die erwähnten Chorioidealveränderungen nachweisbar sind, während bei der Retinitis

pigmentosa die Chorioidea im Ganzen intact erscheint. Auch die eigenthümliche Form der Pigmentirung in Gestalt kleiner Striche, Punkte oder Knochenkörper ähnlicher, verzweigter Figuren, weiter die gelblichwachsartige Atrophie der Papille mit den engen Gefässen giebt der Retinitis pigmentosa ihr eigenartiges Gepräge. Ferner die oben erwähnten klinischen Erscheinungen. Aber dennoch kommen, wie ebenfalls bereits angeführt, auch vereinzelt Fälle von ophthalmoskopisch typischer Retinitis pigmentosa vor, die klinisch eigentlich in das Gebiet der Chorio-Retinitis gehören.

Von pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Chorioiditis seien folgende erwähnt. Auf der inneren Oberfläche der Glaslamella finden sich öfter Herde von farblosen Zellen, weiter amorphe Exsudatmassen, in welche Kerne eingesprengt sind, und später Wucherungen hyalinen Bindegewebes. Ist das Epithel seines Pigmentes beraubt, so werden sich diese Herde als hellere, gelblichrothe Flecke in dem normalen Roth des Augenhintergrundes zu erkennen geben. An anderen Stellen zeigt das Pigmentepithel starke Wucherungen, so dass schwarze Flecke entstehen. Die Chorioidea ist mit lymphoiden Zellen durchsetzt. Die Netzhaut verklebt mit derselben und ihre äusseren Schichten können zu Grunde gehen; dass Epithel dringt bis tief in sie hinein. In anderen Fällen bildet sich ein Schwund der Chorioidea und narbige Einziehung, in welche das hypertrophirte Bindegewebe der Netzhaut hineinwächst. Daneben wiederum Pigmenthypertrophirungen. Die atrophischen Partien haben ein helleres Aussehen, als die zuerst angeführten; bisweilen sieht man grössere Chorioidealgefässe in ihnen verlaufen. Ist der höchste Grad der Atrophie erreicht, so bildet die Chorioidea nur ein äusserst feines bindegewebiges Häutchen, durch welches die Sclera bläulichweiss durchscheint. Aber auch fettige Degeneration kann eintreten, sowohl in dem Pigmentepithel, wie in den Stromazellen der Chorioidea. Die Gefässe zeigen ebenfalls Veränderungen ihrer Wandungen, öfter Sclerose.

Bei älteren Personen finden sich mikroskopisch häufig warzenartige Hervorwölbungen der Glasmembran der Chorioidea (Drusen), welche das Pigmentepithel vor sich her drängen. Bisweilen lösen sie sich ganz von ihrem Mutterboden und dringen bis tief in die Netzhaut hinein. Ophthalmoskopisch sind sie wegen ihrer Kleinheit selten zu sehen; sind sie sichtbar, so erscheint der betreffende Theil des Augenhintergrundes (Peripherie und Umgebung der Papille) mit kleinen weissgelblichen Punkten besetzt. Das Fehlen von Sehstörungen und sonstigen Chorioidealveränderungen sichert die Diagnose.

Symptome. Eine der häufigsten und ersten Klagen der Patienten, die an Chorioiditis leiden, ist die über Flimmern; sie vergleichen es oft mit der Bewegung erwärmter Luft. Die Herabsetzung der Sehschärfe ist nicht immer bedeutend; sie kann sogar ganz fehlen, wenn die Veränderungen in der Peripherie sitzen. Hier handelt es sich nur um kleinere Ausfälle im Gesichtsfelde, wie sie durch die disseminirten Herde bedingt sind. Diese lassen sich meist am besten eruiren, wenn man zur Prüfung ein mit kleinen Punkten bedecktes Papier nimmt und nun bei entsprechender Nähe (12 bis 15 cm) die ausfallenden Punkte bezeichnen lässt. Bisweilen treten ringförmige Defecte um den Fixations-

punkt herum auf. Ist die Affection central, so ist die Herabsetzung der Sehschärfe bedeutender, es kommt sogar zu positiven centralen Skotomen. Oefter wird über Mikropsie, Metamorphopsie, selbst über Doppelsehen geklagt. Der Farbensinn ist in der Regel erhalten; doch kommen auch Farbenskotome vor (selbst für blau). Der Lichtsinn ist meist herabgesetzt; stets erheblich, wenn es sich um seröse Netzhautdurchtränkung handelt. — Wenn der Process zur Heilung gekommen, so kann auch das Sehvermögen wieder normal werden. Dasselbe steht dann oft in einem auffälligen Missverhältnisse zu dem mit schwarzen und entfärbten Stellen übersäeten Augenhintergrunde. Von anderweitigen Veränderungen sind Glaskörpertrübungen als nicht selten zu nennen. In einzelnen Fällen kommt es auch zur Netzhautablösung oder Cataractbildung. Aeusserlich erscheint das Auge meist normal; bisweilen nur ist eine leichte Injection und Reizbarkeit zu constatiren. Noch spät kann Iritis hinzutreten.

Die Diagnose der Chorioiditis ist im Beginn nicht immer leicht zu stellen, wenn, wie bei der Chorioiditis serosa und der Chorioiditis circa maculam erwähnt, ophthalmoskopisch keine deutlichen Veränderungen des Chorioideal-Gewebes nachweisbar sind, trotz bereits vorhandener Herabsetzung der Sehschärfe. Findet man aber Hyperämie der Papilla optica und wird über Flimmern geklagt, so ist bei Ausschluss anderer, besonders neuritischer Processe eine Chorioiditis wahrscheinlich. Jedenfalls wird man hier auch bei erweiterter Pupille ophthalmoskopiren müssen, um etwaige peripher sitzende Chorioidealveränderungen oder auch Glaskörpertrübungen — wodurch die Diagnose gestützt würde — nicht zu übersehen. Die ausgeprägten Formen der Chorioiditis sind leicht zu erkennen.

Bei voller partieller Atrophie der Chorioidea scheint die Sclera in einzelnen scharfumgrenzten Flecken weisslich durch, und man sieht deutlich die darauf verlaufenden, öfter pathologisch veränderten Gefässe.

Die Prognose ist immer bedenklich. Kommt der Fall ganz frisch zur Behandlung, so ist am ehesten Heilung zu erwarten, wenngleich die Krankheit langwierig ist und meist viele Monate, selbst über ein Jahr lang dauert. Bisweilen ist ein Auge fast verloren, ehe der Patient den Arzt befragt, da erst das Befallensein des zweiten Auges ihn aufmerksam macht. Ebenso ist es nicht selten, dass nur über Sehschwäche eines Auges geklagt wird, während das andere trotz guter Sehschärfe ebenfalls von der Krankheit bereits ergriffen ist.

Selbst ausgeprägte positive Skotome im centralen Sehen können zurückgehen. Doch bleibt immer eine Neigung zu Rückfällen; bisweilen stellen sich dieselben erst nach Jahren ein. Ebenso schwindet oft die Hemeralopie trotz wiedererlangten vollen Sehvermögens nicht.

Hat der Process bereits längere Zeit bestanden, so sind die Aussichten auf Heilung gering, wenngleich eine gewisse Besserung öfter erzielt wird. Ist er abgelaufen — wir erkennen dies daraus, dass das Sehvermögen längere Zeit stationär geblieben —, so ist irgend eine erhebliche Besserung meist ausgeschlossen, um so mehr, wenn etwa Dünnheit der Netzhautgefässe oder blasse Farbe der Papilla optica eine Atrophie der nervösen Elemente erkennen lässt.

Die Ursachen der Chorioiditis bleiben häufig im Dunkeln. Abgesehen von Lues ist am ersten noch ein Zusammenhang mit hochgradiger Myopie (Staphyloma posticum) zu statuiren, zu der sich besonders oft eine Chorioiditis circa maculam gesellt. Sonst findet man die Affection sowohl bei anämischen, als bei zu Congestivzuständen geneigten Personen. Sie kommt sowohl in den Entwickelungsjahren, wie im höheren Alter vor. Auch bei Leberkranken ist sie beobachtet (Baas).

Die Behandlung muss in acuten Fällen, wo die Sehschärfe gelitten, energisch sein. Am besten ist hier, wenn die Constitution es irgend zulässt, längerer Aufenthalt in verdunkelten Räumen und Schmierkur oder subcutane Sublimatinjection (0·01 pro die). Wo Lues zu Grunde liegt, ist dies unerlässlich. Auch selbst bei Chlorotischen wende ich unter gleichzeitigem Gebrauch eines milden Eisenwassers (z. B. pyrophosphorsaures Eisenwasser) Quecksilber vorsichtig an. — Im Ganzen habe ich gefunden, dass die ebenfalls brauchbaren Schwitzkuren durch Pilocarpininjectionen oder mit Natr. salicylicum (1 Gramm morgens mit vielem warmen Wasser genommen) mehr die Constitution angreifen und eher schwächend auf das Nervensystem wirken, als die Mercurialien. Bei Vollblütigen kann man Heurteloup'sche Blutegel an die Schläfe setzen, etwa alle 4 bis 6 Tage. Local wird Atropin angewandt; subconjunctivale Kochsalzinjectionen bringen auch bisweilen Nutzen. Die Kur ist auf 4 bis 6 Wochen zu berechnen. Ist alsdann noch nicht Heilung erfolgt, so muss man mit dem Quecksilbergebrauch dennoch — etwa in kleineren Dosen und innerlich — fortfahren. Auch halte man den Kranken noch lange Zeit nachher sehr vorsichtig: er soll möglichst Monate lang das Arbeiten mit den Augen (Lesen u. dergl.) aufgeben, sich vor grellem Licht, vor Erhitzungen, Kopfcongestionen u. s. w. schützen.

Besteht das Leiden bereits längere Zeit und ist es zu einem gewissen Stillstande gekommen, so werden mildere und allmählich wirkende Mittel am Platze sein. Neben der entsprechenden Augenschonung der innerliche Gebrauch kleiner Dosen von Sublimat oder Jodkali; bei anämischen Individuen Jodeisen.

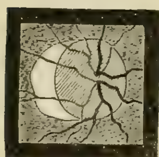
Es ist übrigens oft schwer zu sagen, ob eine Chorioiditis bereits so weit abgelaufen ist, dass sie den Heilagentien unzugänglich bleibt.

Kann der Patient keine genügende Auskunft über das Verhalten seines Sehvermögens in der letzten Zeit geben und fehlen Reizerscheinungen (z. B. Flimmern), so wird man sich vorzugsweise nach dem Aussehen der Papilla optica richten müssen. Ist dieselbe hyperämisch, so wird immerhin Antiphlogose zu versuchen sein.

Sind die entzündlichen Erscheinungen vorüber, so wirken Strychnininjectionen bisweilen vortheilhaft durch ihren Einfluss auf die geschwächte Erregbarkeit der Netzhaut.

3. Staphyloma posticum, Sclerectasia posterior, Conus, Sclerotico-Chorioiditis posterior.

Den Typus dieser vielnamigen Affection bildet eine weisse Sichel, die sich dicht der Papilla optica, und zwar meist nach der Macula zu gelegen, anschliesst (Figur 115 und Farbendrucktafel). Es entsteht gewissermaassen eine halbmondförmige Verbreiterung der normalen Scleral- oder Bindegewebsgrenze, so dass in der That Fälle vorkommen, bei denen es zweifelhaft ist, ob es sich um eine etwas verbreiterte Scleralgrenze oder um eine Affection handelt, die eine der obigen Bezeichnungen verdient. Ist der Process vorgeschritten, so kann die Sichel eine ganz beträchtliche Breite zeigen; sie wird in der Quere selbst grösser als der Papillendurchmesser. Weiter sitzt bisweilen die weissliche Verfärbung nicht nur einer Seite der Papille auf, sondern sie umgiebt die ganze Peripherie der Papille, so dass man von einer eigentlichen Sichel nicht mehr sprechen kann (Figur 116). Allerdings pflegt die grössere Breite immer der Macula zugekehrt zu bleiben. Die Farbe ist theils weiss, theils mehr bläulichweiss oder hellrosa; auch zeigen oft die einzelnen Partien verschiedene Färbungen. Eingestreute schwarze Pigmentflecke oder sichelförmige Pigmentlinien sind häufig (Figur 116 und Farbendrucktafel). Auch einzelne Chorioidealgefässe können auf den entfärbten Stellen sichtbar werden. Die Netzhautgefässe gehen unverändert über dieselbe fort. Die Abgrenzung der Sichel gegen das normale Roth des Augenhintergrundes ist mehr oder weniger scharf. Ist sie vollkommen scharf (öfter findet sich an der Grenze ein schwarzer Pigmentstreifen), so spricht dies für ein gewisses Abgeschlossensein des Processes (stationäres Staphylom): finden sich bereits ausserhalb der Grenze



115.



116.

kleinere Veränderungen in der Färbung und Pigmentirung, so ist ein Fortschreiten zu befürchten. Bisweilen sieht man an demselben Staphylom noch die durch zurückgebliebene Pigmentstreifen angedeuteten früheren Grenzen. Die Papilla optica ist meist ungewöhnlich roth; es rührt dies zum Theil von dem Contrast gegen die weissliche Umgebung her, zum Theil sind auch wirkliche Hyperämien der Papille vorhanden. Ferner erscheint die Papille bei ausgedehnten Staphylomen verkleinert, besonders in ihrem queren Durchmesser. Es beruht dies auf der Schiefstellung der Papille, welche durch die starke Ausdehnung der Sclera in der Gegend des hinteren Augenpols bedingt ist. Bisweilen ist die weissliche Partie nach hinten ausgebogen und excavirt; es besteht also eine umschriebene Sclerectasie. Hierüber geben die für Niveaubestimmung uns zu Gebote stehenden ophthalmoskopischen Hilfsmittel Auskunft.

Complicationen mit Chorioiditis an entfernteren Stellen des Augenhintergrundes, besonders aber an der Macula, sind nicht selten. Auch Glaskörpertrübungen, sowie Netzhautablösungen gesellen sich in einzelnen Fällen hinzu. Ebenso kann an der Papille durch intraoculare Drucksteigerung ausnahmsweise eine glaukomatöse Excavation zu Stande kommen.

Der Anfänger im Ophthalmoskopiren ist öfter geneigt, die weissliche Umgebung zur Papille selbst zu rechnen, so dass ihm in diesen Fällen die Papille „ungewöhnlich gross“ erscheint. Eine genauere Betrachtung wird aber die Abgrenzung der Papille, welche immer einen etwas rötheren Farbenton zeigt, von dem Staphylom erkennen lassen.

Die kleinen Coni, wenn sie nicht angeboren sind, entstehen meist durch Herauszerren der Sehnervenfasern über den abgestumpften macularen Scleralrand, ein Vorgang, der durch die Verlängerung der Augenachse bei fortschreitender Myopie veranlasst wird; die grösseren sind Ausdruck einer Dehnungsatrophie der Chorioidea. Zuerst pflegt das Pigmentepithel sich zu verändern, es nimmt unregelmässige Formationen an und schwindet schliesslich bis auf wenige Reste. Alsdann geht das Chorioidealstroma und die Choriocapillaris mehr oder weniger zu Grunde. Schliesslich bleibt nur noch eine ganz dünne Membran, in der man neben Bindegewebszügen noch die Glasmembran und vielleicht einzelne Gefässe erkennt. Die Netzhaut geht meist intact über das Staphylom fort.

In anderen Fällen handelt es sich jedoch um wirklich entzündliche Processe, die mit Apoplexien und Exsudationen einhergehen. Dieselben compliciren nicht zu selten die Dehnungsatrophie.

Ueber die weiteren anatomischen Veränderungen, welche sich bei dem Staphyloma posticum finden, sowie über die ursächlichen Momente habe ich in dem Kapitel „Myopie“ (S. 74) bereits gehandelt. Daselbst ist

auch erwähnt, dass der Conus wohl meist, aber nicht immer an myopischen Augen beobachtet wird.

Es wäre wünschenswerth, wenn man sich über die Verwendung der verschiedenen Namen für die einzelnen, gut unterscheidbaren Processe einigte. So könnte man die einfache, kleine weisse Sichel, sei sie angeboren oder später entstanden, als „Conus“, die grösseren erworbenen Ectasien als „Sclerectasia posterior“ und die mit eigentlich chorioiditischen Veränderungen verbundenen als „Sclerotico-Chorioiditis posterior“ (v. Graefe) bezeichnen. Will man die umschriebene Ectasie neben der Papille noch besonders betonen, so würde der Ausdruck „Staphyloma posticum“ verwendbar bleiben.

Die Behandlung dieser Affectionen, sowie die Mittel, einem Fortschreiten derselben vorzubeugen, haben bei der Myopie ihre Besprechung gefunden. Ist Chorioiditis daneben vorhanden, so ist die bezügliche Therapie einzuschlagen.

4. Blutungen in der Chorioidea. Ablösung der Chorioidea.

Die Blutungen in der Chorioidea stellen sich als braunrothe Flecke dar. Auf ihre Farbe hat die Intensität der Pigmentirung des Epithels Einfluss. Liegen sie gerade an Stellen, wo Netzhautgefässe verlaufen, so können die letzteren auf ihnen — zum Unterschiede von Netzhautblutungen — noch sichtbar sein. Ferner ist für gewisse Fälle ausschlaggebend die Form der Blutungen: einzelne Striche kommen nur bei Netzhautapoplexien vor; doch zeigen andererseits letztere auch häufig genug die Form von Flecken. Traumen sind meist Veranlassung dazu; kleinere Blutungen entstehen auch spontan oder bei Chorioiditis. Starke Blutergüsse können durch die Netzhaut in den Glaskörper durchbrechen.

Die Ablösungen der Chorioidea von der Sclera sind ähnlich wie die der Netzhaut durch ein blasiges Hervorragen der abgelösten Partie in den Glaskörper charakterisirt; doch fehlen die Falten und das Flottiren des betreffenden Theils. Sie haben in der Regel eine mehr rothe Färbung und wenn das Pigmentepithel weniger intensiv gefärbt ist, sieht man auch die Chorioidealgefässe unter der Netzhaut. Die Ablösung ist bedingt durch Blutung oder seröse Flüssigkeit. Secundär kann sich zu Ablösungen der Chorioidea noch eine Ablösung der Netzhaut und Phthisis bulbi gesellen. Es sind nur wenige derartige Fälle ophthalmoskopisch beobachtet worden, einige Male nach Katarakt-Extractionen (Groenouw). Aber nicht alle geschwulstähnliche, meist grauweisse Massen, die einige Tage nach der Star-Extraction bisweilen im vorderen Augenabschnitte bemerkbar werden und dann wieder spurlos

verschwinden, sind als Chorioidealablösungen zu betrachten. Velhagen glaubt in seinem Falle eine ausgedehnte blasige Abhebung des Epithels des Corp. ciliare, wie sie Greeff mikroskopisch nach Punction der vorderen Kammer bei Thieren gesehen, annehmen zu sollen; Haab denkt an eine Cystenbildung in der Netzhautperipherie. Ich halte diese Massen, die bisweilen getrübten, in der Tiefe liegenden Linsenmassen gleichen, für gelatinöse Ausschwitzungen des Corpus ciliare, ähnlich wie sie bei Iritis in die vordere Augenkammer hinein erfolgen. —

Pathologisch-anatomisch findet man in degenerirten Bulbi häufiger Abhebung der Chorioidea und auch des Corp. ciliare; letzteres ist bisweilen durch Stränge, die zum Glaskörper gehen, nach hinten zurückgezogen.

5. Ruptur der Chorioidea.

Die Risse der Chorioidea haben in Folge des Durchscheinens der Sclera eine weisse Färbung; nur dann, wenn noch Gewebspartien der Chorioidea in ihnen liegen, sind sie gelblich. Frisch sieht man öfter Blutungen daneben; später bildet sich längs des Risses meist eine schwarze Pigmentlinie. Die Zahl und Ausdehnung der Chorioidealrupturen, die in der Regel in Linienform zur Beobachtung kommen, kann sehr verschieden sein. Gewöhnlich haben sie ihren Sitz in der Nähe des hinteren Pols, in der Gegend der Macula lutea und der Papille; sie zeigen nicht selten eine Krümmung, deren Concavität dem hinteren Bulbuspol zugewandt ist. Handelt es sich um starke und ausgedehnte Zerrungen der Chorioidea, bei denen aber keine grösseren Zerreissungen eingetreten sind, so sieht man an den betreffenden Stellen unregelmässig begrenzte Pigmentveränderungen: auf grauweissem Grunde schwärzlich-graue Flecke und Striche. Die Gefässe der Netzhaut gehen meist über die verletzten Partien fort. Wenn das Erhaltensein der Retina hierdurch erwiesen erscheint, so haben doch die Stäbchen und Zapfen gelitten, wie aus den Störungen des Sehvermögens hervorgeht. Ist die Gegend der Macula lutea getroffen, so entstehen Skotome oder Metamorphopsie. Ich habe Kranke beobachtet, die in Folge dessen binoculares Doppeltsehen hatten: es befand sich der mit dem kranken Auge gesehene Buchstabe über oder unter dem mit dem gesunden Auge gesehenen. Da hierdurch das Lesen unmöglich werden kann, muss man bisweilen das leidende Auge durch ein undurchsichtiges Brillenglas ausschliessen. Der Zustand blieb einmal während einer jahrelangen Beobachtungszeit stationär. In anderen Fällen tritt Besserung der Sehschwäche ein; auch habe ich, ebenso wie Hersing, ophthalmoskopisch

das Verschwinden und Verheilen von Chorioidealrissen beobachtet. In einem Falle von Saemisch kam es aber nachträglich noch zu einer Netzhautablösung. Den Anlass zu den Rupturen bietet gewöhnlich die Einwirkung stumpfer Gewalt, z. B. Schlag oder Stoss mit einem Holz, Schussverletzungen der Orbita u. s. w. Die meist eigenthümliche Lage und Form der Risse dürfte damit zusammenhängen, dass in der Gegend des hinteren Poles die Chorioidea durch die hinteren Ciliargefässe mit der Sclera fester verknüpft ist und deshalb bei einer traumatischen Einknickung des Bulbus dort am ehesten einreisst, wo sie sich nicht verschieben kann.

Die frühzeitige Diagnose des Chorioidealrisses wird durch Blutergüsse in die vordere Augenkammer oder den Glaskörper öfter gehindert. —

Netzhaut- und Chorioidealstränge können eine gewisse Aehnlichkeit mit Chorioidealrissen zeigen; doch sind sie durch ihren Sitz, ihre Verästelung und vor Allem durch anderweitige Zeichen stärkerer Degeneration zu unterscheiden.

6. Tuberkulose der Chorioidea.

Autenrieth (1808) hat anatomisch zuerst Tuberkelknoten in der Chorioidea beschrieben. Ed. Jäger (1855) hat sie ophthalmoskopisch gesehen. Weitere exacte histologische Untersuchungen wurden von Manz (1858) gemacht, während Cohnheim (später auch Bock) die Häufigkeit ihres Vorkommens bei der acuten Miliartuberkulose, speciell der Meningitis tuberculosa nachwies. Das ophthalmoskopische Bild wurde von v. Graefe und Leber genau beschrieben.

In der Regel sind beide Augen befallen. Die Tuberkel haben vorzugsweise in der Gegend der Macula und Papille ihren Sitz. Mit dem Augenspiegel zeigen sie sich hier als weissliche oder weissgelbliche, runde Flecke von sehr verschiedener Grösse, selbst bis zu Papillengrösse und mehr. — Anatomisch sind die einzelnen Tuberkel bisweilen so klein, dass man sie mit dem blossen Auge nicht sehen kann, bisweilen erreichen sie eine Grösse von $2\frac{1}{2}$ mm Durchmesser. Sie prominiren anfänglich immer nach der Netzhaut hin, erst im späteren Stadium nach der Sclera. Ihre Entwicklung beginnt in der Choriocapillaris. Allmählich tritt eine Entfärbung des Pigmentepithels ein, und so entstehen dann die gelblichweissen Flecke. Als differentielle Momente zur Unterscheidung von disseminirten Herden einer einfachen Chorioiditis sind anzuführen: 1) die rundliche Form der Tuberkel, 2) dass ihnen der schwarze Pigmentrand meist fehlt, den die Entfär-

bungen bei Chorioiditis gewöhnlich haben, 3) die Prominenz des Tuberkels. Allerdings lässt sich diese oft nicht nachweisen, es sei denn, dass der Tuberkel sehr gross ist oder gerade ein Netzhautgefäss darüber hin geht, dessen parallaktische Verschiebung im umgekehrten Bilde bei Bewegungen der Linse man verwerthen könnte. Andererseits können auch Chorioideal-Herde prominiren.

Die differentiell-diagnostischen Momente sind demnach nicht gerade sehr sicher. So kann eine herdförmige Einlagerung von Zellen in der Chorioidea, wie wir sie bei Chorioid. disseminata finden, gelegentlich alle Kennzeichen des Tuberkels zeigen. Es wird in einer grossen Zahl der Fälle eine vorsichtige Zurückhaltung angezeigt sein. Nur bei hochgradig entwickelten Knoten, oder wenn man bei öfterer Beobachtung eine Weiterentwickelung der vorhandenen und ein Aufschiessen neuer Tuberkel constatiren kann, ist die Diagnose sicher zu stellen.

Kann in diesen Fällen mit Nutzen die ophthalmoskopische Diagnose bezüglich der allgemeinen Diagnose „Miliar-Tuberkulose“ verwerthet werden, so möchte ich doch vor einer Ueberschätzung des Ophthalmoskops warnen. Es kommt hier noch die Schwierigkeit hinzu, schwerkranke und oft somnolente Patienten genau und lange genug zu untersuchen. Ferner kann der Sitz der Tuberkel so peripher sein, dass man sie mit dem Augenspiegel nicht mehr sehen kann. Denn wenn die Tuberkel auch mit Vorliebe die Gegend des hinteren Pols einnehmen, so habe ich doch auch öfter Ausnahmen davon gesehen. Bisweilen besteht neben der Tuberkulose der Chorioidea eine Neuritis (Bouchut); auch ich habe diese Complication beobachtet. Seltener kommen sehr grosse Tuberkelbildungen vor, die durch das Zusammenwachsen kleinerer entstehen. Ausnahmsweise kann auch in der Netzhaut und im Sehnerv (Michel) ein Tuberkel sich entwickeln.

Aber auch wirkliche tuberkulöse Entzündungen der Chorioidea, bei der die Netzhaut durch eine kuchenförmige gelblichweisse, leicht zackige (Horner, Haab) Verdickung der Chorioidea abgehoben wird, sind, meist bei Kindern, beobachtet worden. Die Augen waren dabei stark entzündet; der Glaskörper durchsichtig, nur selten ist der intraoculare Druck erhöht. Meist wird später die Sclera perforirt.

7. Chorioidealgeschwülste.

Die überwiegende Mehrzahl der Geschwülste, welche von der Chorioidea und dem Corp. ciliare ausgehen, hat den Charakter der Sarkome. Nicht-pigmentirte Sarkome (Leukosarkome) sind etwas seltner als melanotische und kommen häufiger bei Kindern vor. Ferner sind Gummata, Lepraknoten, Fibrome und Angiome beschrieben.

Die Entstehung der Sarkome als hügelartige Hervorragungen direct mit dem Augenspiegel zu verfolgen, ist öfter Gelegenheit vorhanden, wenngleich sich meist frühzeitig eine Netzhautablösung, ausnahmsweise eine Retinitis proliferans hinzugesellt. Selbst nach entstandener Netzhautablösung gelingt es gelegentlich noch, den unter ihr liegenden Tumor, wenn er partiell mit der Retina verwachsen ist, an seiner Farbe, an einer eigenthümlichen Gefässordnung und seinen Blutungen zu diagnosticiren. Man wird überhaupt bei Netzhautablösungen, für welche kein nachweisbarer Grund vorliegt, immer die Frage stellen müssen, ob nicht etwa eine Geschwulst die Ursache sei. Die Steigerung des intraocularen Druckes und heftigere Augenschmerzen — die bei einfacher Netzhautablösung (aber auch öfter bei Sarkomen) fehlen — werden Verdacht auf Tumor erwecken. Man kann versuchen, sich in zweifelhaften Fällen direct durch einen Scleraleinstich in der Weise, wie er zur Behandlung der Netzhautablösungen ausgeführt wird, von dem Vorhandensein oder Fehlen eines Tumors zu überzeugen. Jedoch müsste man, wenn ersteres gesichert ist, sofort enucleiren, um einer Propagation der Geschwulst durch die Stichwunde vorzubeugen. Seltener wird die Netzhaut von der Geschwulst mit ergriffen, oder es setzen sich in ihr und dem Glaskörper abgeschwemmte Geschwulsttheile, die dann weiter wuchern, fest (Ewetzky).

Bisweilen gesellen sich später glaukomatöse Erscheinungen zu intraocularen Geschwülsten; in anderen Fällen kann es zu starken Eiterungen in Glaskörper und vordere Kammer kommen, die mit einer Phthisis bulbi endigen. Ein derartig phthisisch gewordener Bulbus, der einen Tumor in sich birgt, pflegt sich von anderen phthisischen Augäpfeln symptomatisch besonders durch das Auftreten spontaner Schmerzen zu unterscheiden; öfter dehnen sich auch die hinteren Scleralpartien aus. Nach der Phthisis kann die Weiterentwickelung des Sarkoms eine Zeit lang ruhen.

Die extraoculare Geschwulstentwickelung findet durch Uebergreifen auf den Sehnerven, durch Perforation der Bulbuswände oder auch durch Auftreten selbständiger orbitaler Herde statt. In einem meiner Fälle, wo das nicht allzugrosse und ophthalmoskopisch unsichtbare Melanosarkom den vorderen Theil des Bulbus einnahm, hatte sich unter der Conjunctiva eine kleine schwarzblaue, wie eine Venenectasie aussehende Geschwulst gebildet: die Section ergab, dass die Propagation der Geschwulstelemente durch die Scheide eines perforirenden Gefässes erfolgt war. Beim Sitz der Geschwulst im Corp. ciliare beobachtet man auch öfter eine leichte Hervorwölbung der Iris an der betreffenden Stelle, die in schwierigen Fällen die Diagnose auf Tumorbildung unterstützen kann.

Anatomisch handelt es sich um massenhafte Rund- oder Spindelzellen

meist ohne erhebliches Zwischengewebe. Die pigmentirten Zellen stammen theils von vorhandenen Pigmentzellen ab und sind dann diffus chocoladenartig gefärbt, oder sie haben umschriebenes Pigment von mehr röthlichem Farbenton, oder es liegt freies Pigment in der Geschwulst. Letztere Formen der Pigmentirung sind hämatogenen Ursprungs (Vossius, Leber). Das Sarkom entwickelt sich aus den innersten Schichten der Chorioidea. Am häufigsten tritt es nach dem 40. Lebensjahre auf, während es im Kindesalter, wo das Glioma retinae sich findet, höchst selten vorkommt. Ein ossificirtes cavernöses Aderhaut-Sarkom bei einem 11jährigen Mädchen beschrieb Nordenson.

Bezüglich der Aetiologie ist nicht viel bekannt; zuweilen scheint ein Trauma die Veranlassung zu geben. Metastatische Chorioidealgeschwülste sind nur wenige beobachtet: sie gingen theils von Naevi, theils von Carcinomen aus, verhältnissmässig häufig von Mammacarcinom. In einem von mir beobachteten Falle waren beide Augen und beide Orbitae befallen. Uhthoff sah Carcinom beider Sehnerven.

Die Enucleation des Augapfels hat in einer Reihe von Fällen dauernde Heilung gebracht, so nach Hirschberg und Freudenthal in 37—38 Procent. Recidive und Metastasen (in Leber, Gehirn u. s. w.) sind häufig, wenn der Tumor bereits extrabulbär ist oder wenn secundäre glaukomatöse Erscheinungen sich eingestellt haben. Hat sich der Tumor in der Orbita verbreitet, so wird mit besonderer Sorgfalt die Exstirpation, eventuell mit Herausnahme des Periosts auszuführen sein. Selbst bei der Enucleation von Augen mit einem Tumor, der scheinbar noch intraocular sitzt, empfiehlt sich das Ausschneiden eines möglichst grossen Stückes des Sehnerven. —

Nicht selten findet man in phthisischen Augäpfeln eine Knochenbildung, welche von der Innenfläche der Chorioidea ausgeht. Bisweilen handelt es sich nur um eine dicke Bindegewebsschicht mit einzelnen kleinen Knochenplatten, bisweilen hat sich eine vollständige Knochenschale entwickelt, welche den ganzen hinteren Theil des Bulbus einnimmt; an der Stelle der Papille besteht eine Oeffnung. Auch die Linse erscheint in diesen Fällen öfter wie in einen Knochen umgewandelt, während eine Untersuchung meist nur eine Verkalkung ergiebt. Jedoch ist auch echte Knochenbildung in ihr beschrieben worden (Goldzieher, Berger), allerdings wohl veranlasst durch Hineindringen von Bindegewebe nach Verletzungen (O. Becker). Partielle Verknöcherungen des Glaskörpers kommen ebenfalls vor (Virchow, Poncet). Die abnorme und an einzelnen Stellen besonders hervortretende Härte des phthisischen Bulbus lässt die Diagnose auf Knochenbildung meist schon vor der Enucleation stellen. In einem Falle ist bei

durchsichtigem Glaskörper und gut erhaltenem Bulbus die Verknöcherung der Chorioidea ophthalmoskopisch gesehen worden (Laqueur). Nicht selten tritt mit der Knochenbildung wiederum Schmerzhaftigkeit und Reizbarkeit des Stumpfes ein, die selbst zu sympathischen Erscheinungen (— aber meist nur sympathischen Neurosen —) am anderen Auge führen können und die Enucleation dringend indiciren. —

Die eitrige Chorioiditis, sowie die Irido-Chorioiditis werden bei den Erkrankungen des vorderen Uvealtractus behandelt.

Sechstes Kapitel.

Erkrankungen des Glaskörpers.

Anatomie.

Der Glaskörper füllt den hinteren Theil des Bulbus aus. Die gelatinöse Substanz desselben ist vollkommen durchsichtig, enthält weder Gefässe noch Nerven und scheint auch structurlos zu sein (Merkel). Andere Untersucher nehmen dagegen in ihr ein fibrilläres (Retzius) oder netzförmiges (Hans Virchow) Stützgewebe an. Stilling unterscheidet einen Kern, der wie in einem Näpfchen in der Rinde steckt, und letztere überragend vorn bis zum Rande derselben reicht. Von der Sehnervenpapille nach dem hinteren Linsenpol zieht der Canalis hyaloideus (Cloquet'scher Canal), in welchem die fötale Arteria hyaloidea verläuft, von der man später noch gelegentlich Reste beobachtet.

Besonders die peripheren Theile enthalten zellige Elemente, theils den Wanderzellen (Leukocyten), theils Derivaten derselben entsprechend. Die ersteren zeigen amöboide Bewegungen und lassen drei Hauptformen unterscheiden: a) rundliche Zellen; b) stern- oder spindelförmige Zellen mit einem oder mehreren Kernen und langen Ausläufern; c) Zellen, welche Vacuolen enthalten, 1—3 Kerne einschliessen und ebenfalls varicöse Ausläufer haben (Iwanoff). Auch eigenthümliche Ringe, die zum Theil kettenförmig an einander gereiht sind, kleine Fäserchen und

Platten (Donders) finden sich im Glaskörper. Von der Netzhaut ist die Glaskörpersubstanz durch die Membrana hyaloidea getrennt. Dieselbe fällt zusammen mit der Membrana limitans retinae, in welche die Müller'schen Stützfasern ausstrahlen; sie gehört jedoch entwicklungsgeschichtlich zum Glaskörper (Lieberkühn). Nach vorn gegen die hintere Augenkammer ist der Glaskörper begrenzt durch die Zonula Zinnii, welche aus einem complicirten Fasersystem besteht, das der Hauptsache nach von der Glaslamelle des Proc. ciliaris retinae (Czermak), vereinzelt aus dem Glaskörper (Salzmann) entspringt und sich in der Nähe des Linsenäquators an der vorderen und hinteren Linsenkapsel ansetzt. Der gesammte Raum zwischen diesen Fasern ist mit Flüssigkeit aus der hinteren Augenkammer gefüllt; ein eigentlicher ringförmig um den Linsenrand gehender Kanal (Canalis Petiti) existirt demnach nicht (Gerlach, Czermak).

1. Glaskörpertrübungen.

Man beginnt die Untersuchung des Glaskörpers ophthalmoskopisch am besten so, dass man mit dem Augenspiegel aus einer Entfernung von etwa 25 bis 30 cm Licht in die Pupille wirft. Alsdann lässt man Bewegungen mit dem Auge machen und erkennt hierbei gegebenenfalls Trübungen und Flecke in dem Roth des Augenhintergrundes. Oft muss man diese Bewegungen längere Zeit fortsetzen lassen, ehe die Trübung durch das Pupillargebiet schiesst. Allerdings werden auch dunkle Schatten auftauchen, wenn Trübungen in oder auf der Hornhaut (beispielsweise auch Schleimpartikelchen), auf der Linsenkapsel oder in der Linse vorhanden sind. Doch zeigen diese dunklen Schatten eine mit dem von dem Ophthalmoskop gelieferten Hornhautreflex gleichartige Bewegung, während die Glaskörpertrübungen, da sie hinter dem Krümmungsmittelpunkt der Cornea liegen, eine entgegengesetzte Richtung einschlagen; sie gehen nach oben, wenn der Reflex nach unten geht. Zu weiterer Sicherung der Diagnose kann man die schiefe Beleuchtung benutzen, welche den Sitz der Trübungen in dem vorderen Bulbusabschnitte direct erkennen lässt. — Meist machen die Trübungen im Glaskörper viel ausgiebigere Bewegungen, als das Auge selbst, oder sie setzen die Bewegung noch weiter fort, während das Auge bereits wieder still steht. Es tritt dies dann hervor, wenn der Glaskörper seine gelatinöse und cohärente Beschaffenheit verloren hat und verflüssigt ist (Synchysis). Zu einer vollkommen exacten Durchforschung des Glaskörpers bis in seine periphersten Partien ist die künstliche Erweiterung der Pupille erforderlich.

Um die Lage der Trübung zu bestimmen, hat Knapp vorgeschlagen,

im umgekehrten Bilde den Glaskörper von hinten nach vorn zu durchsuchen, indem man zuerst die Papille bezw. Netzhaut einstellt und nun, mit dem Convexglase immer mehr vom Auge abrückend, die weiter vorn gelegenen Partien sich vorführt.

Um ganz feine und durchscheinende Trübungen zu erkennen, ist stärkere Annäherung an das Auge und die Anwendung eines lichtschwachen Spiegels, hinter den man noch zur Vergrösserung ein Convexglas legt, von Vortheil. Auch hat es sich mir hier und bei festsitzenden Trübungen öfter bewährt, bei Benutzung eines Concavspiegels nicht durch das Loch, sondern am Spiegelrande vorbei zu sehen.

Wir können im Glaskörper circumscripte und diffuse Trübungen unterscheiden.

Erstere treten in Gestalt von kleinen Flecken, Fäden, Strängen oder Membranen auf. Ausnahmsweise sieht man kleine Bläschen, die durch einen Faden mit der Bulbuswand noch in Verbindung stehen. Es kann sich hier um fibrinöse Exsudate der Netzhaut oder auch der Chorioidea — ich beobachtete einmal den Durchbruch durch die Netzhaut — handeln; sie sind wohl gleicher Art wie die Bläschenbildungen, die man gelegentlich in der vorderen Kammer beobachtet. Die Farbe der Glaskörpertrübung ist verschieden, sie schwankt zwischen grau, grauschwärzlich, dunkelbraun, schwarz; bei umschriebener Eiterung ist sie gelblich. Bisweilen bilden sich coulissenartige Membranen im Glaskörper: besonders bei Cysticercus (v. Graefe). Unter Anwendung starker Convexgläser (25·0) gelingt es gelegentlich, im umgekehrten Bilde durch sie hindurch noch den Wurm zu sehen. In anderen Fällen, vorzugsweise nach vorangegangenen eitrigen Entzündungen, kann dicht hinter der Linse eine vascularisirte, weissliche, membranartige Bildung auftreten, die Aehnlichkeit mit Glioma retinae hat. — Die diffusen Trübungen sind bisweilen so durchscheinend, dass sie nur wie ein leichter Schleier oder wie ein feiner Staub den Anblick der Retina verdecken. Besonders bei der Retinitis syphilitica kommt diese Form der Glaskörpertrübungen vor; an der betreffenden Stelle (S. 271) ist die differentielle Diagnose gegenüber den Trübungen des Netzhautgewebes bereits angegeben worden. In anderen Fällen sind die Trübungen so intensiv, dass sie alles einfallende Licht verschlucken und der Augenhintergrund trotz des ophthalmoskopischen Lichteinfalles dunkel bleibt. Wenn man letzteres beobachtet und durch schiefe Beleuchtung das Vorhandensein von Trübungen in der Cornea, vorderen Kammer oder Linse, welche ähnlichen Effect haben könnten, ausschliesst, so ist die Diagnose auf eine intensive diffuse Glaskörpertrübung gesichert. Ist letztere durch Bluterguss bewirkt, so erkennt man öfter das hinter der Linse liegende Blut bei schiefer Beleuchtung an seiner rothen Farbe. —

Einen eigenthümlichen Anblick bietet die Synchysis scintillans. Hier finden sich zahlreiche kleinere Cholestearin- und Tyrosinkrystalle sowie Phosphate (Poncet) im Glaskörper, die bei der ophthalmoskopischen Untersuchung auf das Prächtigste hell leuchten und glitzern und bei Bewegungen des Auges oft wie ein Raketenschwarm vom Grunde des Auges aufsprühen. Es gehört aber eine gewisse Intensität der Beleuchtung dazu, um auch die kleineren und durchsichtigeren Krystalle leuchten zu sehen. Besonders günstig ist hier die Untersuchung mit dem Concavspiegel und eine gewisse Annäherung an das Auge. Man wird so Trübungen glänzen sehen, die bei der Untersuchung aus grösserer Entfernung oder mit einem lichtschwachen Spiegel nur als feine durchscheinende, graue Massen erscheinen.

Diese Affection findet sich oft in sonst gesunden Augen, besonders bei alten Leuten. Ich habe bei Individuen ausgeprägte Synchysis scintillans gefunden, die gar keine Klagen bezüglich ihres Sehvermögens hatten und eine gute Sehschärfe besassen. Abgesehen von Störungen, welche nach etwa nothwendig werdenden Operationen eintreten können, scheint der Zustand keine Nachtheile mit sich zu führen. Fehlt die Linse, so dringen die Cholestearinkrystalle gelegentlich auch vom Glaskörper aus in die vordere Kammer.

Aeusserlich ist an den mit Glaskörpertrübungen behafteten Augen, falls keine Complicationen bestehen oder umgekehrt die Glaskörperaffection nicht secundär zu einer Iritis hinzugetreten ist, nichts Abnormes zu finden. Nur besteht bei starker Glaskörperverflüssigung bisweilen Irisschlottern.

Subjective Symptome. Die Kranken klagen in der Regel darüber, dass sie schwarze oder graue Punkte, Rädchen, schlangenähnliche Gebilde u. s. w. vor sich schweben sehen, welche kleinere Gegenstände theils ganz verdecken, theils verschleiern. Oft können sie genau die Form der Trübungen angeben. Es ist dies ein Zustand, der gewöhnlich als Myodesopsie (Mückensehen) bezeichnet wird. Allerdings treten Mouches volantes auch auf, ohne eigentliche Glaskörpertrübungen; es handelt sich dann um Schatten, welche von den normaler Weise im Corp. vitreum befindlichen Formelementen auf die Netzhaut geworfen werden. Vorzugsweise häufig klagen Myopen (siehe das betreffende Kapitel) darüber: auch Schwächezustände (Chlorosa) und Nervosität befördern das Mückensehen, indem eine Ueberempfindlichkeit der Netzhaut mit gleichzeitiger, überängstlicher Aufmerksamkeit die Wahrnehmung fördert. Nur wenn objectiv von dem Untersucher Trübungen wahrgenommen werden, spricht man von „Glaskörpertrübungen“. Uebrigens können gelegentlich auch kleine Schleimpartikelchen, die bei einer Conjunctivitis über die Cornea gehen, Mouches volantes verursachen.

Da diese aber durch Bewegungen des Augenlides entfernt werden, so verschwinden auch damit die durch sie hervorgerufenen Schattenfiguren.

Die Sehschärfe ist nicht immer herabgesetzt; die Abnahme richtet sich nach der Ausdehnung und Intensität der Affection. Einzelne dicke, umschriebene Trübungen verringern das Sehvermögen weniger als eine dünne, durchscheinende, aber diffuse Trübung. Bei flottirenden Trübungen wird das Resultat der Sehschärfenbestimmung öfter schwanken, je nachdem die Trübung gerade in der Sehlinie liegt oder nicht. Beschränkungen des Gesichtsfeldes kommen gewöhnlich nicht vor, falls nicht Complicationen mit Netzhautleiden vorliegen.

Die Ursachen sind häufig schwer festzustellen. Besonders disponirt sind Myopen mit Staphyloma posticum. Bei Chorioiditis, Retinitis, Netzhautablösung, ferner bei Congestivzuständen, Hämorrhoiden, Gefässatherom, nach Ueberanstrengung der Augen können sie auftreten.

Nach schwereren Allgemeinaffectionen (z. B. Typhus) finden wir als Folge einer abgelaufenen Irido-Cyklitis ebenfalls Glaskörpertrübungen. Oefter habe ich sie bei anämischen Mädchen oder jungen Männern in den Entwickelungsjahren ohne sonstige ätiologische Momente beobachtet.

Weiter sind Syphilis und Verletzungen zu nennen. Letztere geben besonders Anlass zu Blutergüssen; jedoch entstehen dieselben auch bisweilen, in grosser Ausdehnung, ohne solche. Es leiden auffälliger Weise oft junge Leute an diesen Glaskörper-Blutungen.

Verlauf. Nicht selten geht bei diffusen Trübungen, welche den ganzen Glaskörper einnahmen und keinen Einblick mehr in den Augenhintergrund gestatteten, die Lichtung so vor sich, dass sich zuerst dicke, umschriebene Fetzen zusammenballen, während gleichzeitig die übrige Masse anfängt, etwas durchsichtiger zu werden. Es kann selbst bei intensiven diffusen Trübungen noch zu einer vollständigen Klärung kommen, vorausgesetzt, dass sie nicht Folge von eitrigen Irido-Chorioiditen oder einer genuinen eitrigen Hyalitis waren. Auch dicke umschriebene Trübungen können sich resorbiren; doch sind manche derselben sehr hartnäckig. — Recidive sind nicht allzu selten. Es giebt Fälle, wo in grösseren Zwischenräumen immer von Neuem die Glaskörpertrübung eintritt. Dasselbe gilt von den Glaskörperblutungen junger Leute, die sich nach viele Monate langem Bestehen öfter noch klären. Doch kann auch dauernde Schwachsichtigkeit folgen unter Mitbetheiligung der Netzhaut, in der sich zuweilen das Bild der Retinitis proliferans entwickelt; auch zu Netzhautablösungen kann es kommen.

Die Therapie ist im Ganzen die der Chorioiditis. Abgesehen von besonderen constitutionellen Verhältnissen sind Heurteloup'sche Blutentziehungen, subconjunctivale Kochsalz-Injectionen, Quecksilber- oder Schwitzkuren indicirt. Den naheliegenden Versuch, bei diffusen,

sonstigen Mitteln widerstehenden Trübungen den Glaskörper zu punctiren, habe ich ein paar Mal ohne den gewünschten Erfolg gemacht. Handelt es sich nur um ein paar kleine, umschriebene Trübungen, so wird man Augendiät, Arlt'sche Stirnsalbe, Einträufelungen von 1procentiger Jodkalilösung (— aber unter Vermeidung der gleichzeitigen Anwendung von Quecksilberpräparaten —), gelegentlich Blutentziehungen, Fussbäder und Abführmittel empfehlen. Oefter ist auch hier, sowie in rückgängigen schweren Fällen die Anwendung des constanten Stromes von Nutzen (ein Pol im Nacken, einer auf dem geschlossenen Lide; Sitzung von drei bis fünf Minuten mit Stromwechsel, etwa ein bis zwei Milliampère stark).

2. Hyalitis suppurativa.

Die Eiterungen im Glaskörper sind meist Folge von Entzündung der anliegenden Membranen (der Netzhaut, der Chorioidea, des Corp. ciliare), aber sie können auch vom Glaskörper selbst ausgehen. Wir müssen in demselben Sinne eine primäre Hyalitis annehmen, wie wir eine Keratitis annehmen, trotzdem auch bei letzterer die entzündlichen Producte selbst zum grössten Theile von aussen her einwandern.

Man hat sich früher gegen diese Annahme gesträubt. Da Experimente von H. Pagenstecher ergeben hatten, dass die Einführung von Fremdkörpern meist reactionslos vertragen wird und die etwa eintretende Trübung des Glaskörpers nur von der Einstichwunde her erfolgt, so nahm man mit ihm an, dass „bei sogenannten Glaskörpertrübungen der Reiz niemals primär vom Glaskörper ausgehen“ könne. Um diese Ansicht zu widerlegen, habe ich zu Einspritzungen in den Glaskörper ein stark infectiöses Secret, den Thränensackeiter, benutzt und habe, um weiter den Einwand auszuschliessen, dass die Infection von der Einstichwunde erfolge, nach Extraction der Linse von vorn her durch die Cornea bei Kaninchen den Eiter mitten in den Glaskörper gespritzt. Man kann hier mit dem Augenspiegel sehr deutlich den Ablauf des Processes verfolgen. Schon nach circa vier Stunden beobachtet man eine erhebliche Vergrösserung der Trübung um das eingespritzte Secret: dieselbe nimmt allmählich zu, während man noch rings herum rothes Licht vom Augenhintergrunde zurückkommen sieht. Erst später tritt Iritis, eitrige Retinitis und verhältnissmässig geringere Chorioiditis hinzu. Der Glaskörper zeigt sich bei der Section in eine molkige Flüssigkeit verwandelt, in der man meist zahlreiche Mikrokokken sieht. — In letzter Zeit hat Straub ähnliche Experimente gemacht und tritt ebenfalls, wie schon früher v. Wecker, Schnabel, Schweigger, Klein u. A., für eine primäre Hyalitis ein. Zur weiteren Stütze liesse sich anführen, dass Deutschmann einmal im Centrum des Glaskörpers eines enucleirten Menschenauges eine hyalin glänzende käsige Masse fand, die tuberkulöser Natur war, und, da sonstige tuberkulöse Affectionen des Auges fehlten, als primäre Glaskörpertuberkulose aufzufassen ist. Haensel beobachtete gleichfalls einen abgeschlossenen gliomatösen Tumor im Glaskörper.

Es erscheint demnach ausreichend festgestellt, dass vom Glaskörper selbst

aus eine primäre Entzündung desselben angeregt werden kann. Hiermit stimmen auch die klinischen Erfahrungen überein. So beobachtet man bisweilen nach Starextractionen oder Staphylomabtragungen, wie die Eiterung von dem vorgefallenen Glaskörper aus beginnt. Ferner treten nicht selten Fälle von Glaskörpertrübungen auf, ohne dass pathologische Veränderungen der benachbarten Theile zu erkennen sind.

Eine andere Frage ist die, ob im Glaskörper selbst die Formelemente der Entzündung entstehen oder ob sie nur von aussen her einwandern, wobei jedoch nicht einseitig an die Gefässe des Uvealtractus, sondern auch an Retina und Papille (gerade vor dieser sieht man anatomisch öfter circumscripte Trübungen) zu denken ist. Die Zelleneinwanderung ist sicher die Regel, aber auch die Möglichkeit einer Vermehrung der Formelemente aus den im Glaskörper befindlichen Zellen und Zellresten erscheint nach den Untersuchungen von Haensel, Hebb und Brailey vollkommen erwiesen.

Eine ausgesprochene Glaskörpereiterung, erkennbar durch die hellgelbe Färbung hinter der Linse, pflegt fast immer zum Ruin des Auges zu führen. Es gesellt sich hinzu oder es besteht dabei bereits eine Entzündung der Chorioidea u. s. w., öfter kommt es zur Panophthalmitis. Der Bulbus wird perforirt, der Eiter entleert sich und schliesslich entsteht Phthisis. Tritt der Process weniger heftig auf, so kann der Augapfel seine Form behalten. Bleibt die Linse durchsichtig, so erkennt man als Endausgang bisweilen eine vascularisirte Masse im Glaskörper.

Ist die Eiterung ganz beschränkt, wie sie einige Male beobachtet und als Glaskörperabscess beschrieben wurde, so kann sie ohne erhebliche secundäre Entzündungen bestehen bleiben.

Die Behandlung ist die bei intensiven Glaskörpertrübungen oder eitriger Chorioiditis übliche.

3. Fremdkörper und Entozoen im Glaskörper.

Fremdkörper können bei Perforation der Sclera oder auch bei Hornhautperforationen in den Glaskörper gelangen. Im ersteren Falle gehen sie meist durch die Linse; bisweilen aber wissen sie sich gerade durch die Zonula einen Eingang zu schaffen, sodass die Linse vollkommen intact bleibt und selbst von der Iriswunde kaum etwas zu sehen ist. Es handelt sich gewöhnlich um Eisenstückchen, um Glas, Pulverkörner oder Steinsplitter bei Explosionen, um Fragmente von Zündhütchen u. dgl. In der Regel sind gleichzeitig Blutungen in dem Glaskörper oder in der vorderen Kammer vorhanden. Die Fremdkörper sind ihrer Farbe nach nicht immer deutlich ophthalmoskopisch zu erkennen, sie erscheinen meist nur als dunkle Punkte oder Flecke; das sicherste Zeichen ist noch, wenn sie glänzen. Besonders schwer ist es, ganz kleine Fremdkörper zu diagnosticiren, so etwa kleine Glassplitter. Hierzu kommt, dass sich

bald Glaskörpertrübungen einzustellen pflegen. Auch eine secundäre Linsentrübung kann das Erkennen des Fremdkörpers hindern. Gesellt sich zu einer Verletzung, bei der aber das Eindringen eines Fremdkörpers wegen der Kleinheit der perforirenden Wunde und sonstiger Umstände zu vermuthen war, eine acute und heftige Entzündung, so gewinnt diese Vermuthung sehr an Wahrscheinlichkeit: sie wird fast zur Gewissheit, wenn nach der operativen Herausnahme der traumatischen Katarakt eitriger Glaskörper folgt. In manchen Fällen geht aber trotz des Eindringens eines Fremdkörpers, die Entzündung zurück, der getrübte Glaskörper lichtet sich wieder, und man kann nunmehr die Lage des Fremdkörpers, der frei bleibt oder sich einkapselt, deutlich erkennen. Doch bildet er eine beständige Quelle der Gefahr für das Auge: besonders häufig kommt es zu einer Irido-Cyklitis, die schliesslich das Sehvermögen vernichtet. Selbst das andere Auge wird durch sympathische Entzündungen bedroht. In Einzelfällen können allerdings Fremdkörper im Corpus vitreum — ebenso in der Netzhaut und Papille — ohne erhebliche Störungen dauernd liegen bleiben; man beobachtet dies besonders bei den kleinen Stein-Fragmenten, die bei Dynamit-Explosionen so häufig den Bergleuten in das Auge fliegen. Am ehesten wird dies eintreten, wenn die Fremdkörper sehr klein und aseptisch oder fern vom Ciliarkörper fest eingekapselt sind. Doch scheinen nicht allein bacterielle Infectionen Anlass zu Entzündungen zu geben, sondern auch gewisse chemische Reize. So habe ich trotz sorgfältigster Antisepsis nach Einführung von Kupferstäbchen in den Glaskörper von Kaninchen, wie auch ähnlich Leber, starke eitrige Entzündungen auftreten sehen. Es erklärt dies vielleicht die besondere Gefahr abgesprungener Kupferhütchen.

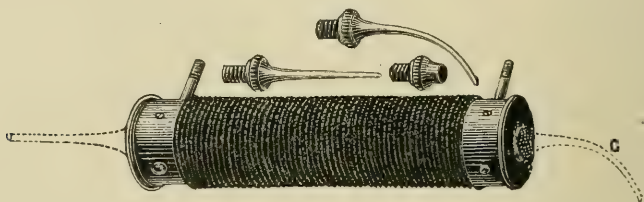
Therapie. Für gewöhnlich wird man die Extraction versuchen müssen. Doch hat dies seine Schwierigkeiten, besonders wenn man die Fremdkörper nicht sieht und auch aus der Eintrittsstelle ihre Lage nicht mit Wahrscheinlichkeit zu bestimmen vermag. Denn je nach der Kraft des Eindringens kann der Fremdkörper dicht an der Stelle, wo er hineingedrungen ist, liegen oder an der entgegengesetzten Bulbuswand oder auch von dort zurückgeprallt, am Boden des Glaskörpers. Schliesslich kann er auch durch nochmalige Perforation der Sclera das Auge wieder verlassen haben.

Man geht zur Extraction nach Incision der Conjunctiva und, wenn nöthig, Ablösung einer Muskelsehne, die später wieder angenäht wird, mit einer Scheere bis zu der Stelle der Sclera vor, wo man den Fremdkörper vermuthet, macht dann mit einem schmalen Graefe'schen Starmesser einen meridionalen Schnitt und sucht nun mit Pincette oder einem stumpfen Haken den Fremdkörper zu fassen. Ist derselbe gross,

so wird dies am leichtesten gelingen. Bei kleinen Fremdkörpern ist der Versuch ziemlich aussichtslos, und man wird ihn besser unterlassen.

Es kommt noch hinzu, dass in vielen Fällen mehrere Splitter in das Auge gedrungen sind; hat man alsdann einen extrahirt, so würde man möglicher Weise, sehr zum Schaden des Kranken, der einer sympathischen Entzündung des anderen Auges ausgesetzt bliebe, sich mit diesem Erfolge begnügen. So konnte ich in einem Falle bei einem Kranken, dem einige Tage vorher durch Explosion Stücke eines Reagenzglases gegen das Auge geschleudert waren, nicht mit Sicherheit eine Perforation der Sclera nachweisen. Im Glaskörper befand sich eine fadenförmige Trübung, die mit der Chorioidea in Verbindung stand; da dieselbe sich etwas verdichtete und hin- und herschwankend ein etwas dickeres Ende hatte, vermuthete ich dort den Sitz eines kleinen Glassplitters. Es wurde vergeblich durch einen Scleralschnitt die Extraction versucht. Nach der Herausnahme des Auges ergab sich, dass in der That ein etwa 1 mm langes Glassplitterchen am Ende der fadenförmigen Trübung sass; aber auch im Ciliarkörper steckte ein noch grösseres Stückchen, von dem nichts zu sehen gewesen war. —

Gelingt die Entfernung des Fremdkörpers nicht, so ist das Sicherste, die Enucleation oder Exenteration des Augapfels zu machen, um eine



117.

sympathische Affection des anderen Auges zu vermeiden (s. das betreffende Kapitel).

Recht aussichtsvoll sind Versuche, Eisenstückchen aus dem Glaskörper oder aus den Bulbushüllen zu extrahiren, da man bei ihnen Magnete anwenden kann: ein Verfahren, das zwar schon früher geübt, erst durch Hirschberg's Verdienst grössere Verbreitung fand. Derselbe ging mit einem sondenförmig endenden rundlichen Elektromagnet (Fig. 117) in den Bulbus ein. In neuerer Zeit hat Haab seinen Riesenmagneten empfohlen, der bei seiner gewaltigen Anziehungskraft nur aussen an das Auge angelegt zu werden braucht. Er ist allerdings noch recht theuer (z. Z. 700 Fr. Elektrische Fabrik in Winterthur); ein kleinerer und dementsprechend auch etwas schwächerer, aber meist ausreichender „Riesenmagnet" ist von Schlösser construirt worden (Preis 100 M.). Bei Verwendung der Magnete ist immer zu beachten, dass ihre Anziehungskraft im Verhältniss zu der Grösse des eingedrungenen Eisenstückchens steht und ferner, dass sich fest im Gewebe haftende Splitter

naturgemäss schwerer entfernen lassen. So konnte ich beispielsweise ein kleines nadelspitzähnliches Eisenstückchen, dass durch die Cornea gedrungen war und in die vordere Kammer hineinspiesste, trotz directen Anlegens des keilförmigen Endes des Riesenmagneten auf das eben noch auf der Hornhautoberfläche sichtbare Ende nicht herausziehen: es musste durch Abkratzen der angrenzenden Hornhaut entfernt werden.

Wer im Besitze eines Riesenmagneten ist, wird diesen im Allgemeinen häufiger anwenden. Besonders liegt eine Indication für ihn vor, wenn man den Fremdkörper im hinteren Augen-Abschnitte nicht sehen kann. Aber auch wenn man ihn sieht, wird man versuchen, ihn durch Anlegen der Spitze des Magneten an der entsprechenden äusseren Bulbuswand von dort durch die Irisperipherie in die vordere Kammer zu leiten.

Erleichtert wird die Diagnose sowohl des Vorhandenseins eines Eisenstückes im Auge wie auch seines Sitzes durch die Benutzung des Asmus'schen Sideroskops. Dasselbe besteht aus einer wagrecht aufgehängten Magnetnadel, in deren Mitte ein kleiner nach vorn gerichteter Spiegel sich befindet: in diesem spiegelt sich eine vor ihm aufgestellte und beleuchtete Scala, welche durch senkrechte Striche getheilt ist. Mittelst eines Fernrohrs, durch dessen Gesichtsfeld ein senkrechter Faden geht, der auf einen Strich des Spiegelbildes der Scala eingestellt wird, beobachtet man den Spiegel und erkennt durch die gleichzeitig mit der Bewegung des Magneten wechselnde Lageveränderung des Spiegels und der in ihm gespiegelten Scala die kleinste Reaction, welche das Eisen auf die Magnetnadel ausübt. Da der Ausschlag besonders dort stark sein wird, wo das Eisen im Bulbus sitzt, so kann man diese Stelle durch Anlegen der verschiedenen Theile des Bulbus an die, in einer Glasröhre befindliche Magnetnadel feststellen. Das Instrument bietet entschiedene diagnostische Vortheile; bei sehr kleinen Eisenstückchen kann es aber auch versagen. Hirschberg hat neuerdings eine Modification angegeben, die das kostspielige Fernrohr überflüssig macht.

Tritt das Eisen, vom Magnete angezogen, hinter die Iris, so buckelt es dieselbe etwas hervor; auch tritt öfter eine kleine Blutung ein. Man thut dann gut, einen peripheren Einschnitt am Hornhautrande der betreffenden Stelle zu machen und mit einer Pincette die Iris herausziehen und abzuschneiden. Fasst man dabei den Fremdkörper nicht, so legt man die Magnetspitze an die Schnittwunde an und zieht ihn auf diese Weise heraus. Würde man ohne Iris-Excision sie an die Wunde legen, so läge die Gefahr vor, dass mit dem Fremdkörper auch die Iris herausgerissen würde. Liegt der Fremdkörper vollkommen sichtbar auf der Iris, so kann man auch mit dem Hirschberg'schen Elektromagneten ohne vorherige Iris-Excision eingehen; jedenfalls läuft man alsdann weniger Gefahr, die Iris mit Gewalt herauszureissen, selbst wenn das Eisen noch etwas in ihr eingebettet wäre. Sehr selten lassen sich die ursprünglichen Perforationswunden der Hornhaut zur Magnet-Extraction benutzen. Anders verhält es sich bei Sclerawunden. Hier kann man

öfter direct den grossen Magneten anlegen. Gelegentlich habe ich auch, wenn ich im hinteren Theil des Augeninnern das Eisenstück vermuthete, aber nichts Sicheres über seinen Sitz feststellen konnte, einen meridionalen Scleraschnitt mit gleichzeitiger Incision der Chorioidea und Retina gemacht und an diese Oeffnung die Spitze des grossen Magneten gebracht.

Man möge übrigens beim Anlegen des grossen Magneten längere Zeit warten, ehe man von dem Versuche abgeht. Auch der Mangel an Schmerzempfindung spricht nicht gegen das Vorhandensein eines Eisenstückes im Augeninnern: Schmerz wird der Patient erst empfinden, wenn das Eisenstück angezogen wird und seinen Platz verlässt.

In einem Falle hatte ich, da das Eisenstück beim äusseren Anlegen nicht kam, einen Scleralschnitt gemacht und in die Wunde die Magnet-Spitze ohne Erfolg und längere Zeit gelegt. Da auch das Sideroskop keinen sicheren Ausschlag gab, stand ich von weiterem Versuch ab. Aber die Art der Wunde und zunehmende Entzündung veranlasste mich, zwei Tage später noch einmal den Verletzten an den grossen Magneten zu bringen. Nach längerem Anlegen fühlte er einen heftigen Schmerz, bald darauf buckelt sich die Iris an einer Stelle hervor und es erfolgte ein kleines Hyphaema. Nunmehr machte ich an der Stelle einen peripheren Einschnitt und zog mit der Iris ein in dieser sitzendes ausserordentlich kleines Eisenstückchen hervor. Die Heilung erfolgte ohne Katarakt mit $^1/_3$ Sehschärfe.

Der Hirschberg'sche Elektromagnet kommt besonders zur Verwerthung, wenn man ihn dicht an den Fremdkörper heranbringen kann; hier ist das Uebergewicht des Riesenmagneten nicht so bedeutend, da es vorzugsweise in seiner grösseren Fernwirkung besteht. Bei sehr kleinen und etwa in den Bulbushüllen eingekeilten Eisenstückchen kann es passiren, dass der Riesenmagnet versagt, während man den Hirschberg'schen nach einem, an der entsprechenden Stelle gemachten Einschnitte einführen und direct auf das Eisen lenken kann. Auch für die Herausnahme von Eisenstückchen aus der vorderen Kammer ist der kleine Hirschberg'sche Elektromagnet meist vortheilhaft. Ebenso wird man ihn bei grösseren Eisensplittern, die tief in das Augeninnere gedrungen sind, lieber einführen, da man mit ihm das anhaftende Eisenstück durch die Wunde und auf dem gewünschten Wege direct extrahiren kann, während der Riesenmagnet auf nicht so sicher vorzuschreibendem Wege und mit zu grosser Gewalt die Herausbeförderung bewirken könnte.

Die in der Nähe der Magneten in Verwendung kommenden Instrumente (besonders Elevateur und Pincette) sind aus Nicolin zu machen, das nicht angezogen wird.

Natürlich heilen nicht alle Augen, aus denen mit Glück das Eisen entfernt ist, ja bei selbst gut geheilten mit guter Sehschärfe Entlassenen kann sich nachträglich eine Netzhautablösung einstellen. Je früher man

aber operirt, um so grösser sind die Chancen. Gelegentlich hat man sogar bei bereits eingeleiteter Entzündung (Irido-Chorioiditis) noch Erfolg. Entwickelt sich ungünstiger Weise schliesslich nach der Eisenextraction eine Irido-Cyklitis, so ist der Bulbus zu entfernen.

Das ist aber sicher, dass ein ziemlicher Procentsatz von verletzten Augen, die früher absolut zu Grunde gegangen wären, durch die Anwendung der Elektromagneten erhalten werden. —

Luxirte Linsen können ähnlich wie Fremdkörper im Corp. vitreum liegen. Das Auge bleibt oft lange Zeit entzündungsfrei, doch kann auch lebhafte Reaction und Irido-Cyklitis eintreten. Droht letztere, so wird ein Extractionsversuch zu machen sein (siehe Linsenluxation).

Die Nachbehandlung nach dem Eindringen oder nach der Extraction des Fremdkörpers ist dieselbe wie nach sonstigen eingreifenden Augenoperationen: also Anlegung eines Schlussverbandes. Bei heftigen Schmerzen können abwechselnd Eisumschläge gemacht werden; ist dem Auge der Druck eines Verbandes sehr schmerzhaft, so muss darauf verzichtet werden. Auch Blutegel an die Schläfe, Atropinisirung und Mercurialisation sind bei stärkerer Entzündung von Nutzen.

In manchen Gegenden finden sich ziemlich häufig Cysticerken im Auge.

Es hängt dies von der Verbreitung der Taenia solium ab, da die Finne der Taenia mediocanellata nicht im Menschen gedeiht. Die einzelnen Glieder des Bandwurms werden abgestossen und mit dem Koth entleert. Ausserhalb des Körpers auf den Dungstätten (Wiesen, Feldern) werden die in den Fruchthältern der Glieder befindlichen Embryonen frei. Durch die Nahrungsmittel oder durch Wasser gelangt der Embryo in den Magen des geeigneten Wirthes (Mensch, Hund, Schwein u. a.), geht durch den Magensaft seiner Hülle verlustig, bohrt mit seinen Häkchen die Blutgefässe an und beginnt zu wandern. Endlich macht er sich sesshaft und kommt nun in die zweite Phase seiner Entwicklung, die man als Cysticercus bezeichnet. Er verwandelt sich in eine Blase mit flüssigem Inhalt: an einer Stelle ihrer Peripherie befindet sich eine quergestreifte strangförmige Fortsetzung (Halstheil), welche mit einer knopfförmigen Anschwellung (Kopftheil), die Saugnäpfe und Hakenkranz zeigt, endet. In dieser Form wird der Cysticercus häufig eingekapselt, so besonders in der Muskulatur des Schweines (Finnen). Kommt er alsdann mit dem Fleisch in den Magen und Darm des Menschen, so entwickelt sich aus ihm der Bandwurm. Dass sich aus dem Embryonen des Bandwurms in demselben Menschen, der ihn trägt, Cysticerken entwickeln, ist selten. Wie erwähnt, sind es die Embryonen, die durch den Mund aufgenommen werden, welche sich im Menschen zu Cysticerken umwandeln. In das Auge gelangen dieselben durch die Blutgefässe.

Meist sitzt der Cysticercus zwischen Chorioidea und Netzhaut oder nach Perforation der letzteren im Glaskörper.

Zuerst hat ihn ophthalmoskopisch A. v. Graefe (1854) gesehen. In Nord- und Mitteldeutschland kommt er verhältnissmässig zahlreich vor: doch haben sich seit Einführung der Fleischschau auch hier

die Fälle vermindert. Aus dem übrigen Deutschland, aus Frankreich, England und Amerika liegen bezüglich des Glaskörpercysticercus nur sparsame Mittheilungen vor.

Im durchsichtigen Glaskörper ist der Wurm als rundliche, blaugrünliche Blase mit weissglänzender Peripherie, an der man man bei länger fortgesetzter Beobachtung auch ein Aus- und Einstülpen des Halses sieht, meist leicht zu erkennen. Nur in dem Falle, wo er sehr klein ist und Bewegungen fehlen, hat die Diagnose Schwierigkeit, da möglicher Weise zarte Glaskörpertrübungen ein blasenähnliches Aussehen haben können. In der Regel findet sich an irgend einer Stelle eine Netzhautablösung. Schwieriger ist die Diagnose bei subretinalem Sitze (s. oben). Nicht selten besteht äusserlich eine geringe pericorneale Injection des Bulbus. Bei längerem Aufenthalt des Cysticercus pflegen sich dickere, membranartige Glaskörpertrübungen hinzuzugesellen, die ihn verdecken können; es stellt sich Iritis und Irido-Chorioiditis ein und der Augapfel wird phthisisch. Doch kann auch Form und Spannung des Bulbus erhalten bleiben, wie ein Fall zeigt, der von v. Graefe 1856 diagnosticirt, 20 Jahre später von Hirschberg untersucht wurde.

Die Sehstörung ist je nach dem Sitz verschieden; meist handelt es sich im Beginn um Skotome. Schliesslich aber geht das Sehen wohl immer verloren. Die Gefahr einer sympathischen Irido-Cyklitis scheint nicht naheliegend (v. Graefe); leichtere sympathische Reizerscheinungen sind allerdings öfter vorhanden. Der Cysticercus ist nur ganz ausnahmsweise doppelseitig beobachtet, ebenso selten sind zwei Blasen in demselben Auge gesehen worden (Becker, A. Graefe).

Therapie. Zur Erhaltung des Augapfels und im günstigen Falle auch des Sehvermögens muss man den Wurm extrahieren. Recht befriedigend sind die Erfolge bei Anlegung eines meridional verlaufenden Scleralschnittes, wie er von Arlt bereits geübt, vor Allem aber von Alfred Graefe gepflegt worden ist. Letzterer hat ein besonderes Localisirungsophthalmoskop angegeben, bei welchem am Ophthalmoskop ein halbkreisförmiger, in Winkelgrade getheilter und drehbarer Bogen sich befindet. Der Nullgrad entspricht dem Loche des Augenspiegels. Wird das untersuchte Auge so gestellt, dass der Cysticercus sich dem Beobachter gerade gegenüber befindet, so kann nach dem Grade der Abweichung, welche die Sehlinie des Auges hierbei macht, die Entfernung des Cysticercus von der Macula leicht berechnet werden. Man kann aber einfacher Weise auch so die Lage feststellen, dass man die Entfernung des Wurmes von der Papilla optica in Papillendurchmesser (= 1,5 mm) ophthalmoskopisch bestimmt.

Für gewöhnlich rechnet man die Augenachse, von dem Hornhautcentrum zum hinteren Augenpol (zwischen Macula und Papille liegend) gleich 24 mm. Danach wäre der äussere Umfang des Bulbus nach der Formel $2 r \pi = 75$ mm, die Hälfte $= 37$ mm. (Da aber die Sclera und Hornhaut circa 3 mm Dicke haben, ist der innere Durchmesser $= 22$ mm, also der innere Umfang $= 68$ mm, die Hälfte $= 34$ mm.) Wenn wir den halben Hornhaut-Umfang mit 6 mm rechnen, so würde demnach der äussere Bulbusumfang vom Hornhautrande zum hinteren Pol 31 mm betragen: letzterer liegt von der temporalen Seite der Papille etwa 1 mm entfernt: also vom äussern Hornhautrande bis zum temporalen Papillenrande beträgt der Bulbusumfang 30 mm, vom inneren Hornhautrande bis zum nasalen Papillenrande $28\frac{1}{2}$ mm. Rechnet man nun, um den Unterschied zwischen innerem und äusserem Bulbusumfang auszugleichen, den Papillendurchmesser (PD) $= 1{,}6$ mm, so braucht man ophthalmoskopisch nur in PD zu messen, wie weit der Wurm vom Papillenrand entfernt ist (wenn er nicht im horizontalen Meridian sitzt, muss auch die senkrechte Entfernung bestimmt werden), und trägt sich dann die betreffenden Entfernungen, unter Berücksichtigung des angegebenen Bulbusumfanges, auf der Sclera vom Hornhautrande nach hinten mittelst eines kleines Messbandes ab. So findet man die betreffende Stelle. Dieselbe Berechnung gilt auch für die Feststellung von Fremdkörpern im Augen-Innern, die eventuell zu entfernen wären.

Ist der Sitz genau festgestellt, so wird ein meridionaler, von vorn nach hinten gehender Schnitt, der Sclera, Chorioidea und eventuell Retina an der Stelle, wo der Wurm sich befindet, durchschneidet, mittelst des Graefe'schen Messers in sägenden Zügen ausgeführt. Oefter stellt sich die Blase spontan oder beim Klaffenmachen der Wunde mittelst zweier feiner Häkchen ein, sonst wird sie durch Eingehen mit einer Pincette extrahirt. Besonders günstig für die Extraction ist ein subretinaler Sitz derselben. Befindet sich der Cysticercus im Glaskörper, so untersuche man noch einmal kurz vor der Operation seinen Sitz, da derselbe sich — wie ich es einmal gesehen — noch im letzten Moment ändern kann.

Sind bereits ausgedehnte secundäre Entzündungen hinzugekommen oder ist der Bulbus phthisisch geworden, so wird nur die Enucleation übrig bleiben. —

Die Filaria oculi humani ist als ein fadenförmiges Gebilde nur selten im Glaskörper beobachtet worden (Quadri), noch seltener aus ihm extrahirt (Kuhnt, Saemisch). Verwechselungen mit Glaskörpertrübungen sind naheliegend.

4. Persistenz der Arteria hyaloidea. Glaskörperablösung.

In seltenen Fällen bleibt die fötale A. hyaloidea dauernd bestehen. Sie zeigt sich als grauer oder röthlicher Strang, der von der Papilla optica nach vorn zum hinteren Linsenpol zieht. Bisweilen sieht man auch Reste des Cloquet'schen Canals, indem ein schlauchartiges durchsichtiges Gebilde, das trichterartig einem Theile der Papille aufsitzt,

von dort zur Linse führt. In einem Fall beobachtete ich, dass aus dem Innern des Schlauches, in einiger Entfernung von der Papille hervorkommend, Gefässe auf der äusseren Wand sichtbar wurden, die zurücklaufend die anliegenden Netzhautpartien versorgten.

Der Glaskörper hebt sich sammt der Membrana hyaloidea (H. Müller) bisweilen nach Traumen, welche einen schnell eintretenden und grossen Glaskörperabfluss zur Folge haben, von der Netzhaut ab. Bei chronischen Augenentzündungen, Netzhautablösungen und speciell beim Staphyloma posticum findet sich ebenfalls in der hinteren Bulbuspartie eine Glaskörperabhebung: hier trennt sich der Glaskörper von der M. hyaloidea, die der Retina anhaften bleibt (Iwanoff, Herzog Carl Theodor in Bayern). Auch in der vorderen Augenhälfte ist diese Glaskörperablösung durch seröse Ergüsse in den Can. Petiti beobachtet worden (H. Pagenstecher). Meist handelte es sich in letzteren Fällen um glaukomatöse Erscheinungen.

Ophthalmoskopisch ist die Glaskörperablösung in der Regel nicht zu erkennen; Galezowski hat die in der Nähe der Papilla optica aufgetretene Ablösung einige Male durch einen an ihrer Grenze sich zeigenden halbkreisförmigen grauen Saum diagnosticirt. Auch Weiss schiebt einen silberglänzenden Reflexbogenstreifen, den man im aufrechten Bilde nach innen von der Papilla bei Kurzsichtigen beobachten kann, wenn man ein für den Grad der Myopie des untersuchten Auges zu schwaches Correctionsglas vorsetzt, — auf die bei Myopie in Folge der Bulbusausdehnung eintretende Glaskörperabhebung am hinteren Augenpol.

Dritter Theil.

Glaukom und Ophthalmomalacie.
Erkrankungen der Linse, der Conjunctiva,
der Cornea, der Sclera, der Iris und des Corpus
ciliare. Sympathische Ophthalmie.
Chorioiditis suppurativa.

Erstes Kapitel.

A. Glaukom.

1. Krankheitsbild.

Der Name Glaukom (γλαυκός meergrün) stammt von einem schon den Alten auffällig gewordenen Symptome der Krankheit, der grünlichen Farbe der Pupille. Den Grundtypus der Affection bildet das Glaucoma simplex (Donders [1862]). Seine Symptome sind: 1) Steigerung des intraocularen Druckes, die sich durch vermehrte Härte des Augapfels kundgiebt (Tensionszunahme, Hypertonie); 2) Druckexcavation der Papilla nervi optici und 3) eine meist zur Erblindung führende Verringerung des Sehvermögens. Zeigen sich neben diesen Symptomen (wobei jedoch zu beachten ist, dass es einer gewissen Zeit bedarf, ehe die Excavation zu Stande kommt) entzündliche Erscheinungen, so spricht man von einem Glaucoma inflammatorium. Dieses zerfällt wieder nach Verlauf und Auftreten der Entzündung in ein acut-, chronisch- und intermittirend-entzündliches. Doch sind die Grenzen bisweilen verwischt und ebenso geht eine Form häufig in die andere über. So kann ein mit Glaucoma simplex behaftetes Auge von einer acuten, glaukomatösen Entzündung befallen werden oder ein acutes Glaukom in ein chronisch-entzündliches abklingen.

Trifft die Affection ein früher gesundes Auge, so bezeichnet man die Erkrankung als Primärglaukom; war das Auge bereits erkrankt und durch diese Erkrankung zum Glaukom prädisponirt, als Secundärglaukom.

Nicht selten lassen sich gewisse Stadien in dem Krankheitsverlaufe unterscheiden: ein Prodromalstadium, das dem ausgebildeten Processe (Glaucoma evolutum) vorangeht und ein Endstadium (Glaucoma absolutum), in welchem das Sehvermögen vollständig zerstört ist; mit letzterem verknüpfen sich öfter degenerative Vorgänge.

Ein Prodromalstadium wird nach v. Graefe in ungefähr drei Viertel sämmtlicher Fälle beobachtet, es fehlt fast immer beim Gl. simplex; dasselbe kann Monate und Jahre lang bestehen, ohne dass es zu einem ausgesprochenen Glaukom kommt. Seine Erscheinungen treten in umschriebenen Anfällen auf, meist nach bestimmten, den Patienten oft bekannten Anlässen: so nach stärkeren oder ausgefallenen Mahlzeiten, nach Gemüthserregungen, nach Kaltwerden der Füsse u. ähnlichem. Die Anfälle dauern kürzere oder längere Zeit; meist schwinden sie nach eingetretenem Schlafe. Ebenso ist ihre Intensität verschieden. Wir rechnen zu den Symptomen des Anfalles: 1) das Sehen eines regenbogenfarbenen Ringes (aussen roth) um Lichtflammen. Dieser Ring ist durch einen grossen dunklen Zwischenraum von der Flamme getrennt und zeigt eine erhebliche Intensität der Farben. Mattfarbige Ringe werden auch bisweilen von Gesunden gesehen: so bei Refractions-Anomalien, Hornhauttrübungen, Conjunctival-Affection, wenn Schleimpartikel auf der Hornhaut liegen u. s. w. Die Entstehung der Farbenringe ist eine durch Trübung der brechenden Medien bewirkte Interferenzerscheinung; 2) weitere Sehstörungen, Obscurationen. Die Gegenstände erscheinen wie in Nebel gehüllt. Bisweilen fallen Theile des Gesichtsfeldes aus; die centrale Sehschärfe ist mehr oder weniger herabgesetzt; 3) Ciliarneuralgien. Die Schmerzen strahlen vom Auge nach Stirn, Wange und Schläfe aus; oft aber fehlen sie gänzlich. Die Neuralgie dürfte auf eine directe mechanische Nervenirritation durch plötzliche Steigerung des intraocularen Druckes zurückzuführen sein. — Objectiv ist im Anfalle in der Regel: 4) eine Spannungszunahme des Bulbus zu constatiren. Die Prüfung macht man in der Seite 8 beschriebenen Weise durch Betasten. Man kommt so schneller und oft sicherer zu einem Resultate als durch Benutzung der als Tonometer von Snellen, Monnik, Dor, Fick u. A. beschriebenen Instrumente, die, dem Augapfel direct aufgesetzt, nach verschiedenen Methoden — etwa durch das Gewicht, welches erforderlich ist, um eine Grube von bestimmter Tiefe in die Sclera zu drücken — die Spannung zahlenmässig feststellen sollen. Von Bowman ist für die verschiedenen Grade der Tension eine abkürzende Bezeichnung vorgeschlagen worden: Tn bedeutet normale Spannung; Steigerungen derselben werden durch das Plusvorzeichen, Abnahmen durch das Minusvorzeichen ausgedrückt, die Grade durch Hinzufügung der Zahlen von 1 bis 3. So würde $+T_3$ der höchste Härtegrad („steinhart") sein. Ist nur ein Auge befallen, so wird eine Vergleichung der Spannung mit der des gesunden Auges von Bedeutung sein, da man eine ziemlich grosse physiologische Breite bei den Augen der einzelnen Individuen findet; 5) Erweiterung und Trägheit der Pupille; doch pflegt dieses Symptom im Prodro-

malstadium nicht besonders hervorzutreten. Die Pupille zeigt wegen der Medientrübung und ihrer Erweiterung bisweilen die graue oder graugrünliche Färbung, von der die Krankheit ihren Namen hat; am ausgesprochensten beim entwickelten chronisch-entzündlichen Glaukom. Doch kann man einen ähnlichen Reflex auch ohne Glaukom bei alten Leuten, bei denen die Linse stärker reflectirt, nach Atropineinträufelungen beobachten; 6) leichte Trübung des Kammerwassers und der Cornea. Hierauf wird noch bei der Beschreibung des acuten Glaukomanfalles zurückgekommen werden; 7) lässt sich bisweilen Hyperämie und Verbreiterung der Netzhautvenen, ebenso Venenpuls constatiren. Doch kommt letzterer auch physiologisch vor. Der pathologische Arterienpuls, von dem unten die Rede sein wird, ist im Prodromalanfalle jedenfalls sehr selten.

Neben den eigentlichen Anfällen ist bei den Patienten oft ein durch Verringerung der Accommodationsbreite bewirktes Hinausschieben des Nahepunktes (frühzeitige Presbyopie) auffällig. Es dürfte dies auf die Zunahme des intraocularen Druckes, speciell im Glaskörper, zurückzuführen sein, wodurch der Krümmungsvermehrung der Krystalllinse entgegengewirkt wird. Auch könnte die an glaukomatösen Augen anatomisch erwiesene Hyperämie des Ciliarkörpers hier in Betracht kommen. Ein Hinausrücken des Fernpunktes ist nicht immer damit verknüpft, wenn auch häufig. Bisweilen zeigt sich während des glaukomatösen Processes sogar im Gegentheil eine Vermehrung der Refraction, die in einem abnormen Vorrücken der Linse ihre Erklärung findet. — Die Abnahme der Refraction kann durch Anspannung der Zon. Zinnii und dadurch veranlasstes Flacherwerden der Linse bedingt sein. Eine Abflachung der Hornhaut ist, wie directe Messungen bei Glaukomatösen ergaben, nicht die Ursache (Coccius, Laqueur).

Der Uebergang aus dem Prodromalstadium in das des entwickelten Glaukoms tritt dann ein, wenn auch in der anfallfreien Zeit eine mit dem Processe zusammenhängende Herabsetzung der Sehschärfe zu constatiren ist.

I. Glaucoma simplex.

Aeusserlich bietet das Auge meist ein normales Ansehen. Die vordere Kammer ist nur bisweilen abgeflacht, die Pupille in der Regel erst nach eingetretener Erblindung erweitert und starr. Das Hauptsymptom bleibt die Verringerung der Sehschärfe mit einer ophthalmoskopisch nachweisbaren Aushöhlung der Sehnervenpapille. Die Steigerung des intraocularen Druckes ist nicht immer erheblich und tritt nicht zu allen Zeiten deutlich hervor. Es ist hierbei aber zu beachten, dass die

physiologische Breite, in der die Spannung des Augapfels schwankt, eine ziemlich grosse ist, so dass bei einem Auge eine gewisse Spannung bereits als Ausdruck pathologischer Steigerung dem früheren normalen Zustande gegenüber gelten muss, die bei einem anderen Auge durchaus physiologisch ist.

Doch lässt sich fast ausnahmslos auch bei Glaucoma simplex bei längerer Beobachtung und häufigeren Untersuchungen, wenigstens zu gewissen Zeiten, deutlich eine pathologische Steigerung nachweisen. Man ist seit Heinrich Müller (1856) gewöhnt, auf diese Druckzunahme die glaukomatöse Excavation der Sehnervenpapille zurückzuführen, wenngleich für manche Fälle, in denen die Drucksteigerung eben keine ungewöhnliche ist, eine besondere individuelle Nachgiebigkeit vorausgesetzt werden muss. Dass hier auch gelegentlich pathologische Processe mitspielen, welche die Resistenz vermindern (Schnabel), ist nicht unwahrscheinlich; doch bleibt es immerhin auffällig, dass wir bei anderen, mit intensiven Veränderungen in der Papille verknüpften Affectionen (so bei der Stauungspapille, Neuritis descendens, Atrophie) diese Excavation nicht zu Stande kommen sehen. Eine Steigerung des intraocularen Druckes ist demnach gleichzeitig erforderlich; durch sie wird das den Sehnerven quer durchsetzende Maschenwerk der Lamina cribrosa als der schwächste und dünnste Theil der Sclerakapsel nach hinten gedrängt und mit ihr die Papilla optica excavirt (vgl. S. 264). Im Beginne des glaukomatösen Leidens pflegt zuerst ihr centralster Theil ausgehöhlt und dort die Lamina cribrosa zurückgedrängt zu werden, was Brailey anatomisch gezeigt hat und ich auch klinisch einige Male beobachten konnte. Bald wird dann weiter der eine oder andere Randtheil zurücksinken und hiermit, durch Knickung der daselbst verlaufenden Gefässe die Diagnose gesichert sein.

Noch ein anderes mit dem Augenspiegel erkennbares Symptom wäre zu erwähnen: das Auftreten eines spontanen Arterienpulses; doch wollen wir gleich hinzufügen, dass derselbe bei Glaucoma simplex kaum beobachtet wird. Die oft gemachte Angabe, dass der Arterienpuls durch Fingerdruck auf den glaukomatösen Bulbus leichter als bei normalen Augen hervorzurufen sei, hat bei den physiologischen Verschiedenheiten der Augen bezüglich dieses Phänomens keine erhebliche Bedeutung. Ist allerdings Arterienpulsation spontan vorhanden, in der Form wie wir sie als Druckpulsation beschrieben haben, so kann meist mit Sicherheit Glaukom diagnosticirt werden, da dieselbe unter normalen Verhältnissen fast nie beobachtet wird (vgl. S. 266).

Die Abnahme des Sehvermögens und Einschränkung des Gesichtsfeldes pflegt der Ausbildung der Excavation zu entsprechen, wenngleich man gelegentlich auch Ausnahmen findet. So habe ich lange

Jahre eine Dame in Beobachtung gehabt mit doppelseitiger ausgeprägter Druckexcavation — auch von anderen Ophthalmologen diagnosticirt — bei halber Sehschärfe und freiem Gesichtsfelde, ohne dass eine weitere Veränderung der Functionen zu constatiren gewesen wäre. In einem anderen Falle, wo seit 10 bis 12 Jahren glaukomatöse Zufälle sich zeigten, war trotz einer Excavation die Sehschärfe noch fast normal und das Gesichtsfeld frei. Es erweist dies zugleich, wie lange der Process, allerdings nur in seltenen Fällen, stationär bleiben kann. Für gewöhnlich kommt es eher zum Verfall des centralen Sehens und zur Einengung des Gesichtsfeldes, obgleich bei Glaucoma simplex der Verlauf erheblich langsamer als bei den entzündlichen Formen zu sein pflegt. Es scheint, dass der Grund der Functionsstörungen in der Knickung der Nervenfasern und in dem die Papille treffenden Drucke, der allerdings auf eine verschiedene Resistenzfähigkeit in der Nervenleitung, etwa entsprechend der schnelleren oder langsameren Excavationsausbildung stossen kann, vorzugsweise zu suchen sei. Sehr seltene Fälle mit intactem Sehvermögen und ohne sonstige glaukomatöse Symptome lassen vermuthen, dass die Excavation auch angeboren vorkommt.

Die Gesichtsfeldbeschränkung geht bisweilen der centralen Schwachsichtigkeit voran. In der Regel pflegt bei den verschiedenen Formen des Glaukoms die Einschränkung nach der Nasenseite, nach oben und nach unten weiter vorgeschritten zu sein als die nach aussen, selbst bei mehr concentrischen Einengungen ist meist das Gesichtsfeld nach aussen weiter als nach innen, ein liegendes Oval bildend. Schliesslich nähert sich der Defect von innen her dem Fixirpunkt, bis auch dieser verloren geht. In sehr seltenen Fällen beginnt bei relativ freieren peripheren Gesichtsfeldgrenzen der glaukomatöse Process mit einem pericentralen Skotom.

Der Farbensinn bleibt lange erhalten. Die Grenzen jedoch, in denen die einzelnen Farben in der Gesichtsfeldperipherie empfunden werden, rücken öfter schon frühzeitig dem Fixationspunkte abnorm nahe, wenngleich das Verhältniss zwischen den einzelnen Farben bezüglich ihrer peripheren Wahrnehmbarkeit das physiologische bleibt. Erst mit Zunahme der ascendirenden Sehnervenatrophie schwindet die Farbenempfindung. Der Lichtsinn ist ebenfalls öfter herabgesetzt, sowohl was die Reizschwelle, als besonders was die Unterschiedsschwelle betrifft. Den Endausgang der Erkrankung bildet, wenn auch oft erst nach vielen Jahren eintretend, ohne Eingriff der Therapie fast stets die vollkommene Erblindung.

In der Regel werden die an Glaucoma simplex Erkrankten erst durch die Beobachtung, dass sie schlechter sehen, zum Arzte geführt.

Oft ist zu der Zeit schon ein Auge ganz oder fast ganz verloren. Aufmerksameren Patienten pflegt die durch Herausrücken des Nahepunktes bedingte Erschwerung des Lesens aufzufallen. Bisweilen treten auch bei Glaucoma simplex temporäre Verdunkelungen auf, „ein leichter Schleier, ein Nebel legt sich vor die Gegenstände“, ohne dass an dem Auge besondere entzündliche Erscheinungen zu bemerken wären. Regenbogenfarbige Ringe werden durchaus nicht von allen Patienten gesehen. Ebenso fehlen fast stets Schmerzen in Stirn und Schläfen.

Wenn sich mit dem Glaucoma simplex Anfälle entzündlicher Art mit ausgeprägten Trübungen der Medien und Gefässinjectionen verknüpfen, so bezeichnet man das Leiden als Glaucoma simplex cum inflammatione intermittente. Glaukome, welche in der anfallsfreien Zeit neben den sonstigen Symptomen des Glaucoma simplex eine besonders enge vordere Kammer zeigen, gehören meist in diese Kategorie.

II. Glaucoma inflammatorium.

Das Glaucoma inflammatorium acutum zeigt das Bild einer acuten Augenentzündung. Doch ist zu betonen, dass anderweitige Erscheinungen, wie heftige Kopf- und Gesichtsschmerzen, oft mit Erbrechen verknüpft, das locale Leiden zuweilen übersehen lassen. Die Lider sind leicht geschwellt, das Auge thränt, die Conjunctiva bulbi ist stark injicirt, oft ödematös. Neben der Füllung des die Cornea ringförmig umgebenden, subconjunctivalen Gefässnetzes sieht man vom Aequator bulbi her dicke, dunkelblaue Gefässe kommen, die, der Sclera aufliegend, sich mit den pericornealen verbinden. Die Cornea erscheint in Folge ödematöser Durchtränkung matt, trüb, oft sind kleinere Epithelialverluste vorhanden; bisweilen liegen punktförmige, weissliche Exsudate an ihrer, der vorderen Kammer zugewandten Fläche. Ihre Sensibilität, durch Berühren mit der Spitze einer Papierdüte oder einem kleinen Haarpinsel geprüft, ist meist verringert. Die vordere Kammer ist eng, indem Regenbogenhaut und Linse nach vorn gerückt sind, bisweilen so, dass sie die Cornea fast berühren. Das Kammerwasser erscheint getrübt. Für eine wirklich vorhandene Mischungsänderung desselben und Aufnahme lymphoider Zellen, die von manchen Autoren bezweifelt wird, sprechen sowohl directe mikroskopische Untersuchungen, als auch der bisweilen klinisch zu constatirende Befund der oben erwähnten Ablagerungen auf der Membrana Descemetii. Selbst Blutungen in die vordere Kammer habe ich gesehen. Die Pupille ist in der Regel weit, bisweilen maximal. Letzterer Befund ist von höchster differentialdiagnostischer Bedeutung, da bei keiner anderen gleich heftigen Augen-

entzündung eine derartige Mydriasis beobachtet wird; darauf hin kann man fast die Diagnose stellen, wenn man sicher ist, dass kein Mydriaticum angewandt ist oder keine Paralyse des Spincter Iridis besteht. Die Farbe der Pupille ist nicht schwarz, sondern rauchgrau. Nur in seltenen Ausnahmefällen fehlt die Pupillenerweiterung; hintere Synechien sind dann die Veranlassung. Wenn man mit dem Augenspiegel untersucht, so bleibt auf der Höhe des Anfalles die Pupille bisweilen trotz der Beleuchtung grau oder schwärzlich, indem alles einfallende Licht von den getrübten Medien absorbirt wird. Zu dieser Lichtabsorption trägt auch die diffuse Trübung des Glaskörpers bei; umschriebene Flocken sieht man selten, jedoch habe ich sie in einzelnen Fällen constatiren können.

Gelingt es noch, Details des Augenhintergrundes zu erkennen, so erscheint die Papille hyperämisch; die Venen sind stark gefüllt und geschlängelt; die Arterien zeigen oft Pulsation. Eine Excavation ist hingegen in einem ersten Glaukomanfalle noch nicht vorhanden. Wohl aber findet sie sich, wenn bereits ein chronisches Glaukom vorher bestanden hatte. Die Spannung des Augapfels ist erhöht. In der plötzlichen Steigerung der Tension, der periodischen Unterbrechung des arteriellen Blutstromes (Arterienpulsation mit ihrem Einfluss auf die Gefässwände) und der venösen Stauung, die zu einem acuten Oedem führt, dürfte die nächste Ursache der geschilderten Symptome zu suchen sein.

Das Sehvermögen nimmt während des Anfalles in der Regel erheblich ab; es kann bis auf quantitative Lichtempfindung erlöschen. Dies ist auf die Trübung der Medien, die Unterbrechung der Blutzufuhr für die Netzhaut und auch auf den diese direct treffenden Druck zurückzuführen.

Meist tritt selbst ohne besondere Therapie eine allmähliche Besserung wieder ein, wenn es auch nicht zu dem früheren Grade des Sehvermögens kommt. Vor Allem sieht man dies bei den milderen, subacut verlaufenden Formen. Dabei gehen denn auch — in Tagen oder Wochen — die entzündlichen Erscheinungen zurück, und das Auge kann wieder annähernd ein normales Aussehen bieten. Doch ist die Krankheit damit nicht erloschen; unter neuen Anfällen oder in einer mehr chronischen Form bildet sich eine Sehnervenexcavation aus und das Auge erblindet.

Höchst selten sind die Fälle, bei denen der erste acute Anfall in wenigen Stunden und ohne dass später eine Restitution zu Stande käme, die Sehkraft vollständig vernichtet. A. v. Graefe hat ihnen den Namen des Glaucoma fulminans beigelegt. Sie sind meist bei älteren Personen beobachtet; ich habe diesen Verlauf jedoch einmal bei einem

24jährigen Mädchen gesehen. Prodrome hatten gefehlt, der Anfall ging mit heftigsten Kopfschmerzen und Erbrechen einher. Nach der Iridectomie, bei der Glaskörper kam, wurde der Bulbus weich und leicht phthisisch.

Im Glaucoma inflammatorium chronicum entwickeln sich die Erscheinungen, welche wir beim acuten Glaukom kennen gelernt haben, allmählich, ohne dass eine stärkere Entzündung auftritt. Die Conjunctiva selbst zeigt wenig Gefässe, aber auffällig sind die unter ihr, auf den vorderen Scleralpartien verlaufenden und verästelten, dunkelbläulichen Stränge (vordere Ciliarvenen), die an Stelle der comprimirten Venae vorticosae das Blut aus dem Augeninnern führen. Die Sclera bekommt ein mehr bleifarbenes Aussehen, bedingt durch Verödung kleinerer Arterien des episcleralen Gewebes; die Cornea ist weniger durchsichtig als sonst, zeigt oft kleine Epithelialverluste, das Kammerwasser ist bisweilen periodisch getrübt, die vordere Kammer eng; die Pupille, anfangs von mittlerer Weite, nimmt später an Grösse zu. Die Iris zeigt eine matte Färbung und sich steigernde Gewebsatrophie. Der Augenspiegel lässt in der Regel den Augenhintergrund erkennen; bei einigem Bestehen des Leidens findet sich eine Excavatio papillae n. optic., die schliesslich zur Sehnervenatrophie führt. Die Tension ist gesteigert. Dieses Bild kann sich aber plötzlich in das des acuten Glaukoms umwandeln.

Die Beschwerden der an chronisch-entzündlichem Glaukom leidenden Patienten sind ähnlich wie bei Glaucoma simplex. Doch treten häufiger leichte Reizungen im Auge, Farbensehen, Obscurationen und Neuralgien auf. —

Hat eine oder die andere dieser Formen zur vollkommenen, unheilbaren Erblindung geführt, so haben wir das Glaucoma absolutum. Bisweilen bleibt dabei der äussere Zustand des Auges, meist unter zunehmender Trübung der Linse, annähernd der gleiche. In anderen Fällen aber treten degenerative Processe hinzu, die unter Drucksteigerungen zu Ektasien (Scleral- oder Corneal-Staphylomen), oder auch unter Tensionsabnahme zur Phthisis führen. Dabei können verschiedenartige Entzündungen und Veränderungen (Glaskörpereiterung, Netzhautablösung, Hornhautulcerationen, Keratitis bullosa, Apoplexien in der Hornhaut u. s. w.) nebenher laufen. Die Kranken leiden auch nach Erblindung des Auges bisweilen noch an heftigen Neuralgien und ebenso, wenn auch seltener, an quälenden Lichterscheinungen.

III. Secundärglaukom.

Den eben beschriebenen Formen von primärem Glaukom gegenüber steht das Secundärglaukom (A. v. Graefe). Dasselbe gesellt sich

zu anderweitigen Augenaffectionen gewöhnlich unter dem Bilde des Glaucoma simplex: das Sehvermögen nimmt unter allmählichem Auftreten von Gesichtsfelddefecten ab, während die Tension des Bulbus sich mehrt und eine Excavation der Papille zu Stande kommt. Da häufig die primäre Affection Trübungen gesetzt hat, welche die ophthalmoskopische Untersuchung hindern, so beruht die Diagnose in solchen Fällen auf den Functionsstörungen und der Drucksteigerung. Gewisse Erkrankungen haben besondere Neigung, secundär glaukomatöse Processe einzuleiten. Hierher gehören: die narbigen Ektasien der Hornhaut und die Synechien der Iris, sowohl vordere als hintere. Wenn eine totale hintere Synechie und Verwachsung der Iris mit der Linsenkapsel besteht, so tritt fast ausnahmslos ein Verlust des Auges ein, der theils durch secundäres Glaukom, in anderen Fällen durch Iridocyklitis herbeigeführt wird. Partielle Synechien sind weniger gefährlich. Ferner hat die Iritis serosa (Uveitis), welche sich auch gern mit Glaskörpertrübung verbindet, Neigung zu secundärer Drucksteigerung; selbst acute Glaukomanfälle treten dabei auf. Dasselbe gilt von traumatischen Katarakten bei schneller Quellung, von Linsenluxationen und manchen intraocularen Tumoren. Nicht selten wurden nach Discissionen des Nachstars glaukomatöse Erscheinungen beobachtet, die durch Iridectomie geheilt wurden. Nach hämorrhagischen Netzhautprocessen wird gleichfalls öfter Secundärglaukom beobachtet (das sogenannte Glaucoma haemorrhagicum), eine Form, die prognostisch, selbst bei entsprechender Therapie, von sehr schlimmer Bedeutung ist.

Schon erheblich seltener findet sich Secundärglaukom bei seniler Starentwickelung, Sclerotico-chorioiditis posterior, diffuser und pannöser Keratitis, bandförmigen Infiltrationen und bei Keratitis vesiculosa (Herpes corneae). Bei letzterer Affection, welche insofern eine pathognomonische Bedeutung hat, als man die Bläschen als Ektasien der Lymphgefässe auffassen und sie mit einer den glaukomatösen Process hervorrufenden Lymphstauung in Verbindung bringen kann, wurde das Hinzutreten eines acuten Glaukoms einmal von Saemisch beobachtet. Auch ich hatte Gelegenheit, bei einer 56jährigen Frau, deren rechtes Auge von Herpes corneae über ein Jahr lang unter beständigen Recidiven befallen worden war, ein Secundärglaukom mit Amaurose zu constatiren, nachdem sie ein halbes Jahr lang nicht zur Klinik gekommen war. Der Herpes trat immer wieder von Neuem auf. — Weiter wird bei Hydrophthalmus congenitus in der Regel eine Excavation der Papille gefunden und ist dieses Leiden den glaukomatösen Processen zuzurechnen. Hock sah auch nach Tätowirung von Hornhautnarben glaukomatöse Erscheinungen auftreten. Bisweilen findet man neben anderen Erkrankungen (so Netzhautablösungen, Retinitis pigmentosa, Sehnerven-

atrophien, selbst bei Aphakie und Irideremie) Glaukom; doch dürfte es sich hier meist nur um Complicationen handeln.

Differentielle Diagnose. Glaucoma simplex kann besonders mit einfacher Amblyopie oder mit Amblyopie in Folge von Sehnervenatrophie verwechselt werden. Die Spannungszunahme giebt öfter einen Anhalt; doch muss man zu verschiedenen Zeiten untersuchen, da sie periodischen Schwankungen unterliegt, auch ist sie bisweilen so gering, dass es schwer wird, sie als pathologisch zu erkennen. Hier wird dann der ophthalmoskopische Befund der Druckexcavation entscheiden. Doch ist die differentielle Diagnose der letzteren gegen die anderen Formen der Papillen-Excavation, besonders die atrophische, nicht immer leicht (vgl. S. 267). Für Glaukom spricht dann weiter das Erhaltensein des Farbensinns, der bei Sehnervenatrophie viel früher leidet. Auch die Gesichtsfeldeinengung ist zu beachten: das Auftreten eines vorzugsweise temporalen Defectes ist bei Glaukom sehr selten. Periodische Obscurationen oder gar Farbensehen sind ausschlaggebend für die Glaukom-Diagnose, aber sie fehlen doch auch gelegentlich, so dass ich Schweigger, der in letzteren Fällen stets einfache Sehnerven-Atrophie diagnosticirt, nicht zustimmen kann.

Bei Glaucoma simplex mit intermittirenden Entzündungen ist die Diagnose ebenfalls oft schwierig, wenn man den Patienten in der entzündungsfreien Zeit untersucht und die Excavation noch nicht typisch ausgebildet ist. Doch wird die Schilderung der eigenartigen Symptome des Anfalles, sowie das Verhalten der Pupille, der episcleralen Gefässe und der Tension oft leiten. —

Wenn das Glaucoma acutum typisch auftritt, ist es nicht leicht zu verkennen: die weite Pupille ist charakteristisch. Gegen einfache Iritis serosa, wo die Pupille auch öfter etwas erweitert ist, spricht die Enge der vorderen Kammer: auch pflegen die Gefässinjectionen und sonstigen entzündlichen Erscheinungen bei der Iritis serosa weniger hervorzutreten. Bei letzterer finden sich dagegen in der Regel Beschläge an der Membrana Descemetii: beim Glaukom nur höchst selten. Schwieriger aber ist die Diagnose, wenn die Pupille bei acutem Glaukom ausnahmsweise eng ist oder Verwachsungen zeigt. Hier kann Verwechslung mit einer acuten Irido-Chorioiditis nahe liegen; doch pflegt bei acutem Glaukom auch die Hornhaut immer etwas trüb und die Spannung stärker vermehrt zu sein; ebenso die vordere Kammer enger. Bei der sehr seltenen einfachen serösen Chorioiditis kann ebenfalls die vordere Kammer aufgehoben, die Pupille erweitert und die Tension

gesteigert sein. Doch fehlen stärkere Injectionen des Bulbus, ebenso die Trübungen der Cornea.

Entwickelt sich bei chronischem Glaukom grauer Star, so wird das ursächliche Leiden gelegentlich übersehen und eine uncomplicirte Katarakt angenommen. In der Regel aber werden die weite starre Pupille, die starken vorderen Ciliarvenen und die Tensionserhöhung schon die Diagnose sichern; weiter kommt die Sehprüfung in Betracht, da bei glaukomatöser Katarakt Gesichtsfelddefecte und stärkere Herabsetzung des centralen Sehens bestehen; es wird hier nicht mehr der Schein der kleinsten Lampe wie bei uncomplicirter Katarakt wahrgenommen. Zu beachten ist noch, dass bisweilen intraoculare Tumoren mit glaukomatösen Erscheinungen complicirt sind.

2. Vorkommen und Aetiologie.

An Glaukom leidet in Europa etwa ein Procent sämmtlicher, in den Augenkliniken sich vorstellender Kranken; in Amerika scheint der Procentsatz ein geringerer zu sein (H. Derby). Die Affection trifft beide Geschlechter in ziemlich gleicher Häufigkeit, am häufigsten tritt sie nach dem 50. Lebensjahre auf. Nur ausnahmsweise werden bei jungen Individuen Primärglaukome beobachtet. In der Mehrzahl der Fälle ergreift der glaukomatöse Process beide Augen nach einander. Das acute Auftreten ist erheblich seltener als das chronische: unter 124 glaukomatösen Individuen, die ich zu dem Zwecke zusammenstellte, litten 24 an acutem Glaukom, 100 an chronischem, d. h. chronisch-entzündlichem und Glaucoma simplex. Hyperopische Augen werden besonders häufig befallen, kurzsichtige selten: die hier in der Ektasie zum Ausdruck kommende Nachgiebigkeit der Sclera verhindert wahrscheinlich die sonstigen schädlichen Folgen drucksteigernder Einflüsse. In gewissen Familien zeigt sich eine Vererbung des Leidens.

Unter den ätiologischen Momenten spielen Trigeminusneuralgien eine Rolle. Recht häufig ist zu constatiren, dass sie der Augenerkrankung schon seit Jahren vorangegangen sind. Auch ein Zusammenhang der Augenaffection mit der Gicht, der Cessatio mensium in den klimakterischen Jahren, Unterdrückung habitueller Hämorrhoidalflüsse oder gewohnter Hautsecretionen, Arterienatherom und Aehnlichem ist in gewissen Fällen nicht unwahrscheinlich. Ebenso entsteht nach Schön öfter Glaukom, wenn Presbyopen ihre Accommodation überanstrengen und nicht zu den entsprechenden Convexbrillen greifen. Die directe Veranlassung des glaukomatösen Anfalles bilden nicht selten Gemüthserregungen, z. B. auch beim Kartenspiel; Excesse, Schlaflosigkeit,

Erkältungen, Schwächezustände, fieberhafte Erkrankungen u. s. w. Gar nicht selten beobachten wir das Auftreten von glaukomatösen Processen nach Discissionen des Nachstars. Auch Instillationen von Atropin, Homatropin haben gelegentlich einen acuten Anfall bei einem chronischen Glaukom oder Glaucoma simplex hervorgerufen; selbst bezüglich der Einträufelungen von Duboisin und Cocain (Manz, Maier) liegen vereinzelte derartige Beobachtungen vor. Es ist demnach hier Vorsicht anzurathen. — Gleicher Weise wurde öfter ein Entzündungsanfall auf dem zweiten, bisher anscheinend gesunden oder an nicht-entzündlichem Glaukom erkrankten Auge beobachtet, wenn das andere iridectomirt worden war. Um dies zu vermeiden, pflege ich in das nicht operirte Auge zur Zeit der Operation und während der Nachbehandlung Physostigmin oder Pilocarpin einzuträufeln.

3. Pathologische Anatomie.

Der charakteristische Befund des ausgeprägten Glaukoms ist die Aushöhlung der Papilla optica mit Zurückdrängung der Lamina cribrosa nach hinten (H. Müller). Die anderen Befunde sind nicht in allen Fällen vorhanden, wenngleich einige derselben ihrer Häufigkeit wegen für die Erklärung des glaukomatösen Processes Verwerthung finden müssen.

Hierher gehört vor Allem die Obliteration des Fontana'schen Raumes, der zwischen den Maschen des Ligam. pectinat. an der Peripherie der vorderen Augenkammer liegt: des sogenannten Filtrationswinkels. Es zeigt sich dabei in frischen Fällen die ganze Umgebung des Schlemm'schen Kanales zellig infiltrirt; in abgelaufenen pflegt sich eine Narbencontraction concentrisch gegen ihn hin zu entwickeln und ihn zu verschliessen. Oft ist die Peripherie der Iris mit ihm durch Zwischensubstanz verklebt (Knies). Da an dieser Stelle der Abfluss der Lymphe aus dem Augeninnern (Leber) stattfindet, so wird ein Verschluss desselben Stauung und Drucksteigerung hervorrufen. Dass dieser Verschluss aber nicht in allen Fällen von Glaukom besteht (Birnbacher), im Gegentheil bisweilen sogar bei Tensionsabnahme vorkommt, haben weitere Untersuchungen gelehrt.

Nach Ad. Weber's Ansicht wird der Verschluss des Fontana'schen Raumes durch ein venöses Anschwellen der Ciliarfortsätze, welche den Irisrand gegen die Hornhaut anpressen, veranlasst. Brailey, der eine sehr grosse Zahl von glaukomatösen Augen untersuchte, betont, ebenso wie Wedl, als constanten Befund eine starke Erweiterung der Blutgefässe des Augeninnern; hauptsächlich und fast ausschliesslich derjenigen, welche die Ciliargegend versorgen. Damit ist eine Verdünnung der Gefässwandungen verknüpft. Andererseits wurde in den verschiedenen Gefässgebieten des Auges, auch des Sehnerven, eine Endarteriitis (Kuhnt) und im Uveal- und Scleraltractus eine Periphlebitis chronica hyperplastica (Birnbacher-Czermak, Vossius, Zirm) beobachtet.

Ferner ist beachtenswerth die Häufigkeit der Atrophie des Ciliarmuskels, besonders bei einiger Dauer des glaukomatösen Processes, auf welche schon Wedl

aufmerksam gemacht hat. Brailey bringt diese Atrophie in Abhängigkeit von den Gefässalterationen: sie sei nicht secundäre Folge der Druckzunahme, da sie bei partiellem Auftreten in der Regel auch der partiellen Gefässerweiterung entspreche. Die Adhärenz der Iris an die Corneaperipherie hält er für secundär: ihr geht meist eine Entzündung der Iris voraus, welche anfänglich mit sehr vielen Zellen durchsetzt sei, schliesslich aber atrophire. Der Linsendurchmesser ist nach ihm nicht vergrössert, wie Priestley Smith behauptet. — Die Retina zeigt nichts Besonderes, bisweilen Hypertrophie der Müller'schen Stützfasern. Auch fand Brailey in allen seinen Fällen, ebenso wie H. Pagenstecher, Schnabel u. A. — entgegen den Untersuchungen von Sattler und neuerdings von Birnbacher-Czermak — keine entzündlichen Veränderungen in der Chorioidea; nur das äquatoriale Pigmentepithel ist öfters unregelmässig verfärbt. Die Iris lässt eine ausgedehnte Bindegewebs-Sclerose mit entsprechenden Gefässveränderungen erkennen (Ulrich). Der Glaskörper zeigt in acuten Fällen äusserlich eine Zunahme seiner Consistenz, im Innern Verflüssigung. Die zelligen Elemente sind vermehrt. Auch Glaskörperablösungen sind von verschiedenen Autoren beschrieben; aber auch volle Intactheit wurde beobachtet (Birnbacher). Die Sclerotica bietet nach Brailey keine besondere Rigidität, doch ist sie oft dick und fest, bei uncomplicirtem Glaukom aber kaum in höherem Grade als bei anderen hyperopischen Augen desselben Lebensalters. Hingegen deutet es auf eine Zunahme der Rigidität, dass die inneren Lagen der Scleralfaserbünde einen mehr parallelen Zug, als ob sie näher aufeinandergedrückt würden, erkennen lassen und ein erhöhtes Lichtbrechungsvermögen haben; ebenso spricht für die Abnahme der Elasticität die erwiesene fettige Degeneration (Coccius, Wedl, Weichselbaum). Directe Versuche über die Scleralelasticität haben allerding schon bei normalen Augen so weite Differenzen ergeben, dass aus ihnen nichts Sicheres zu folgern ist (Ad. Weber); jedoch ergeben die Versuche von Ichreyt, dass besonders der hintere Abschnitt der Sclera, die, wie neuere Untersuchungen (Sattler) wieder gezeigt, reich an elastischen Fasern ist, durch seine Elasticität einen Einfluss auf den intraocularen Druck ausüben kann. Neuerdings ist auch der Einfluss der Chorioidealelasticität hervorgehoben worden; durch letztere wird, wie sich bei Fensterung der Sclera zeigt und worauf die bei Durchschneidung der Augen eintretende Retraction der Chorioidea hinweist, unter normalen Verhältnissen der Glaskörperdruck getragen und dadurch eine freiere Blutcirculation in den zwischen ihr und der Sclera verlaufenden Venen ermöglicht. An glaukomatösen Augen sei nun die elastische Spannung verringert, die Chorioidea werde gegen die Sclera stärker angedrückt und damit eine Störung der Circulation in den erwähnten Venen bedingt (Straub). Die Cornea zeigt neben Veränderungen des Epithels bei stärkeren Trübungen auch Alterationen des Stromas, wodurch die regelmässige Anordnung der Lamellen gestört wird; in acuten Fällen Oedem.

4. Theorie über Pathogenese und Wesen des Glaukoms.

Ueber die Pathogenese und das Wesen des Glaukoms haben die Ansichten sehr geschwankt und sind auch noch heute bei Weitem nicht zu einer Uebereinstimmung gekommen.

Es hat durchaus den Anschein, dass nicht alle Fälle eine gleiche Entstehung haben und durch ein und dieselbe Theorie erklärt werden können.

A. v. Graefe hat als das eigentliche Wesen der Krankheit die intraoculare Druckzunahme erkannt (1855). Zweifelhaft aber bleiben die Momente, welche sie veranlassen und fortdauernd unterhalten. v. Graefe suchte sie, wenigstens betreffs der entzündlichen Glaukome, in einer Chorioiditis serosa. Diese sollte eine diffuse Durchtränkung des Humor aqueus und Corpus vitreum bewirken, bei der durch die Volumenzunahme eine rasche Steigerung des intraocularen Druckes mit Compression der Netzhaut und den weiteren Folgezuständen eingeleitet würde. Entgegengesetzt dieser Anschauung, welche auf der Annahme einer Hypersecretion beruht, lässt sich die Drucksteigerung im Augeninnern auch durch eine Retention, eine Verringerung des Abflusses erklären, wie dieselbe z. B. betreffs der Lymphe durch einen Verschluss (Knies) im Winkel der vorderen Augenkammer (Fontanascher Raum, „Filtrations-Winkel") zu Stande kommen kann. Aber noch andere Momente können eine Rolle spielen.

Dass das eigentliche Wesen der Krankheit in der pathologischen Steigerung des intraocularen Druckes beruht, ist fast allgemein angenommen. Die wenigen Fälle, in denen bei Glaucoma simplex diese Steigerung nicht die physiologische Breite überschreitet, lassen sich, wie schon erwähnt, in der Weise deuten, dass hier ein, in dem physiologischen Breitegrade der Tension sehr tief stehendes Auge durch pathologische Steigerung an die obere Grenze der physiologischen Spannung gerückt wird. Weiter aber lässt sich eine unverkennbar pathologische Tension wenigstens zeitweise fast bei allen diesen Augen nachweisen. In solchen Fällen hingegen, wo nur aus der Excavation der Papille die Diagnose Glaucoma gestellt wurde, muss auch an die Möglichkeit eines anderweitigen Zustandekommens der Vertiefung, etwa durch Sehnervenatrophie, oder auch, bei gleichbleibender Sehschärfe, an angeborene Anomalien gedacht werden. Jedenfalls hat noch Niemand ein Glaukom diagnosticirt, wenn die Spannung des Auges sich unter der physiologischen Breite befand, wobei ich natürlich secundäre Degenerationsprocesse des Glaucoma absolutum ausnehme. Es liegt demnach keine Nöthigung vor, etwa aus dem Grunde, dass eine Sehnerven-Excavation einmal ohne zur Zeit nachweisbare Druckerhöhung vorkommen kann, die Bedeutung der intraocularen Drucksteigerung auf das Zustandekommen derselben herabsetzen zu wollen und ein primäres, auf Gefäss-Erkrankungen beruhendes glaukomatöses Sehnervenleiden (Ed. Jäger, Schnabel) zur Erklärung herbeizuziehen.

Die pathologische Steigerung des intraocularen Druckes kann, rein mechanisch betrachtet, entweder durch abnorm grossen Inhalt oder durch eine dem Inhalt gegenüber abnorm geringe Weite und Ausdehnbarkeit der Augenkapsel bedingt sein. Wenn eines dieser Momente nicht durch eine entsprechende Anpassung seitens des anderen in seiner Wirkung aufgehoben wird, so muss die Härte des Bulbus zunehmen. Diese Anpassung und gegenseitige Regulirung scheint nun unter normalen Verhältnissen in der That in ausgiebiger Weise einzutreten. Nur wenn der Grad der Störung nach einer oder der anderen Richtung hin zu hoch geworden ist, um noch ausgeglichen werden zu können, oder wenn gleichzeitig Störungen in dem zur Regulirung bestimmten Apparat vorhanden sind, kommt es zu pathologischer Steigerung des intraocularen Druckes

und damit zum Ausgangspunkt glaukomatöser Vorgänge. Hieraus dürfte schon ersichtlich sein, dass einseitige Anschauungen, welche das Glaukom stets auf eine und dieselbe Ursache zurückführen wollen, wenig Wahrscheinlichkeit für sich haben, um so weniger, wenn wir die vielgestaltete Form der Erkrankung berücksichtigen. Und doch tauchen immer von Neuem wieder Theorien auf, die alle Glaukome aus einer und derselben Störung ableiten wollen; alles, was für die vertheidigte Ansicht spricht, wird alsdann in voller Breite und mit Glanz vorgeführt, das Widersprechende verschwiegen oder mit bewundernswerthem Aufwande von Scharfsinn umgedeutet.

Nachfolgend sollen bei Besprechung der in Betracht kommenden mechanischen Momente die wichtigeren Theorien, soweit sie in anatomischen, experimentellen und klinischen Befunden eine Stütze haben, angeführt werden.

Der abnorm grosse Inhalt der Bulbuskapsel kann dadurch zu Stande kommen, dass entweder zu dem physiologischen Inhalte zu viel hinzukommt oder zu wenig davon fortgeht. Es handelt sich also um Zu- und Abfluss von Blut und Lymphe, um Secretions- und Absorptions- bezw. Retentionsverhältnisse. Was das Blut betrifft, so haben Tensionsmessungen des Auges bei Cholerakranken (v. Graefe), Anämischen oder der Agonie nahen Individuen (Stellwag) ebensowenig eine pathologische Veränderung des intraocularen Druckes erwiesen wie die bei Plethorikern und Fiebernden, wo der Radialpuls unter stürmischer Herzthätigkeit äusserst voll und kräftig war. Der allgemeine Blutdruck scheint demnach, entgegengesetzt den manometrischen Messungen an Thieraugen (v. Hippel und Grünhagen, Adamück), beim Menschen unter normalen Verhältnissen und bei normaler Regulationsfähigkeit des Auges keinen Einfluss auf den intraocularen Druck auszuüben. — Anders allerdings wird es sich verhalten, wenn locale Veränderungen der Blutgefässe im Auge selbst vorhanden sind. Hier erscheint der Befund Brailey's bezüglich einer fast constanten Erweiterung der Arterien und Verdünnung ihrer Gefässwandungen besonders im Gebiete des Corp. ciliare von hoher Bedeutung. Diese Alteration kann sowohl rein mechanisch als auch durch die vermehrte Ausschwitzung und Secretion — und hiermit haben wir gleich das zweite Moment activer Inhaltszunahme — eine Drucksteigerung bewirken. In ähnlicher Weise werden selbst locale Arterien-Verengerungen und -Sclerosen, wenn sie z. B. die Irisgefässe befallen, zu einer secundären Blutüberfülle des Corpus ciliare führen (Ulrich) und damit eine Secretionssteigerung dieses, hauptsächlich die intraoculare Ernährung vermittelnden Organs herbeiführen. Es kommt noch hinzu, dass durch die primäre Anschwellung des blutstrotzenden Ciliarkörpers bezw. seiner Fortsätze, worauf besonders Ad. Weber die Aufmerksamkeit gelenkt hat, secundäre Störungen eingeleitet werden können, indem die Iris einfach mechanisch nach vorn gedrängt und damit in gewissen Fällen der Fontana'sche Canal, der Hauptabzugsweg der Lymphe, verlegt wird.

Die pathologisch-anatomisch erwiesene Arterienausdehnung selbst aber kann Folge einer primären Gefässerkrankung oder eines vasomotorischen Leidens sein, sodass im letzteren Falle die Affection ursächlich eine neuropathische, in das Gebiet des Trigeminus oder des Sympathicus fallende wäre. Die directe Reizung des Trigeminus (Wegner, Schultén) bewirkt sowohl durch Dilatation der Gefässe als auch durch Verminderung der Filtrationswiderstände eine Vermehrung der Secretion und eine Steigerung des intraocularen Druckes. Diese Reizung wird aber um so eher ihren Einfluss ausüben, je mehr der vom Sympathicus beherrschte Gefässtonus, wie dies bei alten Leuten, Arthritikern u. s. w. vorauszusetzen ist, gelitten hat. Dazu kommen die klinischen Erfahrungen, nach denen

Trigeminusneuralgien eine Hauptrolle in der Aetiologie des Glaukoms spielen. Auch die von mir gemachte Beobachtung, dass bei Reizung der Zahnnerven durch Caries oder Periostitis bei jugendlichen Individuen sehr häufig ein Hinausrücken des Nahepunktes zu constatiren ist, welches wiederum aus einer intraocularen Druckzunahme resultirt, spricht für den Einfluss des Trigeminus auf das Zustandekommen glaukomatöser Processe. Bei Secundärglaukomen dürfte der Process öfter aus einer Reizung der intraocularen Trigeminusäste, z. B. derjenigen der Iris, hervorgehen. Donders war der erste, der das Glaukom als Secretionsneurose auffasste. Neuerdings hat Laqueur wieder diese Theorie zu stützen gesucht: er nimmt an, dass eine vom Centrum ausgehende Erregung der Secretionsnerven eine Hypersecretion aus dem Ciliarkörper bewirke. — Die Exstirpation des Ganglion supremum des Halssympathicus veranlasst, wie Operationen an Menschen erweisen, eine Herabsetzung des intraocularen Druckes, ob Reizungen entgegengesetzt wirken, ist nicht festgestellt.

Berücksichtigen wir andererseits den verhinderten Flüssigkeitsabfluss, so können Stauungen in den Venen und in den Lymphabführungswegen in Betracht kommen. Was den Einfluss der Venenunterbindung dicht in der Nähe des Bulbus betrifft, so haben die an Thieren angestellten Experimente mit Unterbindung der Ven. vorticosae eine erhebliche Steigerung des intraocularen Druckes zu Tage treten lassen (Adamück, Schultén). Dieselbe ging allerdings in den Versuchen Koster's an Kaninchen nach einer Reihe von Tagen zurück; doch hatten vorher eine flache Kammer sowie Hornhauttrübungen bestanden, selbst eine Verklebung des Fontana'schen Raumes war zu Stande gekommen. Ebenso wurde einmal eine weitere Vertiefung der physiologischen Excavation der Sehnervenpapille des Kaninchens beobachtet. Erwägen wir die grossen Schwierigkeiten, welche einer Compensirung der durch Blutstauung in den Ciliarvenen nothwendigerweise bedingten Inhaltszunahme des Auges gelegentlich beim Menschen entgegenstehen können, so dürfen wir diesem Momente, welches unter besonderer Berücksichtigung der secundären Transsudationen aus dem vorderen Chorioidealabschnitte in den zur Papille gehenden Cloquet'schen Canal und in den Glaskörper auch von Jacobson und Jackson betont worden ist, — seinen Einfluss auf die Entstehung glaukomatöser Druckerhöhung um so weniger absprechen, als auch die anatomischen Befunde einer Periphlebitis hyperplastica besonders innerhalb der Scleralcanäle direct darauf hinweisen. Ferner müsste die oben erwähnte Verringerung der Chorioidealelasticität bei glaukomatösen Augen eine Störung im Blutabflusse veranlassen. Durch eine Verringerung des Eintrittes von Arterienblut wird kaum ein genügender Ausgleich ermöglicht werden, da die Festigkeit der Arterienwandungen die dazu nöthige Compression erschwert, und ebensowenig durch einen vermehrten Lymphabfluss, zumal ausser dem rein mechanischen Moment der vermehrten Menge des venösen Blutes auch die durch Stauung vermehrten serösen Ausschwitzungen aus den Gefässen in Betracht kommen. Es bliebe nur die Nachgiebigkeit und Elasticität der Sclera, die allerdings in einem gewissen Grade die durch Blutstauung bewirkte Inhaltszunahme unschädlich machen könnte. Wird dieser Grad aber überschritten, oder ist die Sclera unnachgiebig, so muss eine pathologische Drucksteigerung resultiren. Zu beachten ist weiter, dass eine Stauung in den Venen gleichzeitig eine Hinderung des vorderen Lymphabflusses setzen muss, da derselbe an der Peripherie der vorderen Kammer zum grossen Theile durch venöse Gefässe stattfindet. Wir haben demnach complicirend dasselbe Moment (Störung des Lymphabflusses), das vielfach eine zu einseitige und übertriebene Hervorhebung erfahren hat. Die Verlegung der in den hinteren Bulbuspartien verlaufenden Lymphwege, speciell durch den Seh-

nerv. scheint nach den bisherigen Experimenten keinen erheblichen Einfluss auf intraoculare Drucksteigerung zu haben. zumal selbst aus dem Glaskörper der Lymphabfluss grösstentheils durch die Zonula zur Augenkammer geht. Die Verlegung des vorderen Lymphabflusses durch Obturirung des Schlemm'schen Canals oder Anpressung und Anwachsen der Irisperipherie an den „Filtrationswinkel" ist hingegen oft zu constatiren. Eine hier stattfindende Lymphstauung wird zweifellos zu einer Steigerung des intraocularen Druckes beitragen, wenngleich immerhin bei entsprechender Elasticität der Sclera ein Ausgleich durch Beschleunigung des venösen Blutabflusses leichter zu Stande kommen kann als bei der vorhin besprochenen directen venösen Stauung. Dass die Verhinderung des Lymphabflusses aus der vorderen Kammer keine Vergrösserung derselben, wie doch anzunehmen wäre, bewirkt, liesse sich auf eine Verödung der Irisgefässe, welche sich nach Schick's und Hamburger's Untersuchungen bei der Absonderung des Humor aqueus vorzugsweise betheiligen, zurückführen; allerdings könnte dann kaum der Verschluss des Fontana'schen Raumes als die allererste Ursache der glaukomatösen Erkrankung betrachtet werden. Weiter beobachtet man nicht selten gerade bei leicht phthisischen Augen mit herabgesetztem Drucke ein Anlegen der Irisperipherie an den Filtrationswinkel mit Kammerverengung. Wir können daher dem in Rede stehenden Momente wohl für gewisse Fälle von Glaukom eine ätiologische Bedeutung zuschreiben, bei weitem aber nicht für alle. Die Häufigkeit der erwähnten anatomischen Befunde bei Glaukom lässt sich einfach als Folge des durch Zunahme des Druckes im Glaskörper bedingten Vorrückens der Iris und Anpressens ihrer Peripherie an die Cornea auffassen.

Das Auftreten acuter glaukomatöser Erscheinungen nach Anwendung von Mydriaticis liesse sich eher mit dem Verschluss der Kammerbucht in Verbindung bringen, wenn wir Czermak's Anschauung zu Grunde legen. Nach diesem Autor verdicken sich bei Mydriasis die peripheren Iristheile (— nicht die Iriswurzel —) und bilden, sich rings um die hintere Hornhautfläche legend, einen Abschluss der vorderen Kammer gegen den Filtrationswinkel hin. Durch die hierdurch gesetzte Verhinderung des Kammerwasserabflusses steigt der Druck in der vorderen und hinteren Kammer und verlegt nun auch durch Anpressen der Iriswurzel den Filtrationswinkel. Die Anwendung der Myotica kann, falls keine Verwachsung bereits besteht, alsdann die Circulation wieder freilegen. —

Nach Priestley Smith's Theorie tritt im Glaskörper die Retention der Lymphe ein. Die Linse nimmt noch in späterem Lebensalter an Grösse zu; hierdurch wird der Raum zwischen Linsenwand und Ciliarfortsätzen immer mehr verkleinert, am meisten in Augen, die — wie die glaukomatösen nach Priestley Smith — an und für sich klein sind. Durch diese Verengerung aber wird der Abfluss der Lymphe aus dem Glaskörper in die hintere und von dort in die vordere Kammer eingeschränkt, und der Druck im Glaskörper steigt unter Abnahme des Kammerwassers. Brailey hat aber, wie wir oben gesehen, keine Vergrösserung des Linsendurchmessers constatiren können. —

Es erübrigt noch die Bedeutung der Bulbuskapsel, speciell der Sclera für die Steigerung des intraocularen Druckes zu betrachten. Wird die Lederhaut resistenter, verliert sie an Ausdehnungsfähigkeit und Elasticität, so muss rein mechanisch der intraoculare Druck steigen. Auch wird es um so leichter zu einer dauernden pathologischen Drucksteigerung kommen, als die Ausgleichungen, die seine elastische Sclera gegenüber temporären Inhaltszunahmen leisten kann, jetzt unmöglich geworden sind. Diese Zunahme der Resistenz findet sich im Allgemeinen schon an den Augen älterer Individuen, wonach sich auch das häufige Vorkommen des Glaukoms gerade bei diesen erklärt. Es scheint aber auch, als wenn ausser-

dem bei glaukomatösen Augen die Resistenz der Sclera noch mehr erhöht wäre als bei anderen gleichalterigen, wenngleich nicht in allen Fällen. Dieser Betheiligung der Lederhaut würde auch das häufigere Befallenwerden hyperopischer Augen von Glaukom entsprechen, da diese an und für sich eine verhältnissmässig dicke, bei seniler Entartung also um so eher abnorm resistent werdende Sclera haben. Als Zeichen der Rigidität habe ich öfter an glaukomatösen Augen constatiren können, dass während schon ein leichter Druck mittels eines Sondenknopfes an der Cornea eine tiefe Grube erzeugte, die Sclera kaum dem Drucke nachgab: die Differenz war zu gross, als dass sie allein durch das Bestehen einer gewissen Ungleichheit der Tension in den. doch immer mit einander in Verbindung bleibenden vorderen und hinteren Bulbusräumen erklärt werden könnte. Es liegt danach volle Berechtigung vor, für eine Reihe von Glaukomfällen grosses Gewicht auf die Rigiditätszunahme der Sclera zu legen.

Die Symptome des acuten Glaukoms können als ein entzündliches Oedem aufgefasst werden, das in Folge einer plötzlichen Drucksteigerung und Circulationsstörung auftritt (Fuchs).

5. Prognose und Therapie.

Die Prognose richtet sich nach dem Einfluss der Therapie. Auch diese ist nicht immer allmächtig und von verschiedenem Nutzen je nach der Form und der Zeitdauer der Erkrankung. Unbehandelt aber führt das Glaukom — in kürzerer oder längerer Zeit — fast stets zur Erblindung.

Im Allgemeinen kann man sagen, dass die entzündlichen Processe am ehesten heilbar sind; wenig sicher ist der Erfolg bei Glaucoma simplex. Günstiger ist ferner die Aussicht, wenn die Therapie in einem früheren Stadium des Processes und bei noch relativ gutem Sehvermögen, wo die excavirte Papille noch keine ausgesprochene Atrophie zeigt, eingreift.

Therapie. Vielfältige frühere medicamentöse und operative Versuche zur Bekämpfung des Leidens, so auch die von Mackenzie zur Druckherabsetzung empfohlene Scleralpunction mit Glaskörperentleerung (1830) und die wiederholten Paracentesen (Desmarres 1847) hatten kein befriedigendes Resultat ergeben. Erst A. v. Graefe (1856) gelang es, in der Iridectomie, deren Einfluss auf Herabsetzung der Tension er bereits bei anderen Krankheitsprocessen erprobt hatte, ein wirksames Heilmittel zu finden. Es war dies eine der segensreichsten therapeutischen Entdeckungen, trotzdem die früher auf dieselbe gesetzten, allzu grossen Erwartungen im Laufe der Zeit sich etwas verringert haben. Bei der Ausführung der Iridectomie (vgl. „Operationen an der Iris“) ist, wenigstens bei den chronischen Glaukomformen, darauf besonders Gewicht zu legen, dass der Schnitt peripher

gelegt und die Iris in ziemlicher Breite excidirt wird. Im acuten Glaukom genügen oft kleinere und weniger periphere Excisionen. Die Länge der im Scleralllimbus liegenden äusseren Wunde betrage etwa 6—8 mm. Man hüte sich übrigens, besonders bei den acuten Glaukomformen, den Schnitt gar zu weit in die Sclera fallen zu lassen, da sonst die Gefahr eines Glaskörperaustrittes, zu welchem auch unabhängig von der Druckerhöhung eine vermehrte Neigung besteht, oder einer Linsenluxation nahe liegt. Die Richtung der künstlichen Pupille sei womöglich nach oben, da sie hierbei die beste Deckung durch das obere Lid erfährt und die sehr peripher einfallenden und unregelmässig gebrochenen Lichtstrahlen abgehalten werden. Auch ist es rathsam, vor der Operation eine künstliche Miosis durch Einträufeln von Eserin herzustellen. Ebenso träufelt man dasselbe Mittel in das andere Auge, um einem acuten Anfalle, wie er gelegentlich nach Operationen des primär afficirten Auges beobachtet worden, vorzubeugen.

Um ein starkes Pressen mittels der Lider und Muskeln, das bei dem hohen intraocularen Druck besonders schädlich wäre, zu vermeiden, muss man in gewissen Fällen die Narkose anwenden; meist jedoch kommt man auch ohne sie aus.

Nicht ganz selten treten nach der Iridectomie bei entzündlichem Glaukom Blutungen in der vorderen Kammer auf, oft bedingt durch Iridodialysen: fast scheint es, als ob gerade bei Glaukom die Irisperipherie sich leichter vom Ciliarkörper durch den Zug der Pincette löse. Das Blut sucht man durch leichtes Klaffenmachen der Wunde möglichst zu entleeren, der Rest wird mehr oder weniger schnell je nach Intactheit des Irisgewebes resorbirt. Bei acutem Glaukom werden auch Netzhautapoplexien beobachtet, die ebenfalls in einigen Wochen verschwinden.

In einzelnen Fällen bildet sich nach der Operation schnell eine Katarakt, die einer Kapselverletzung durchaus nicht immer ihren Ursprung verdankt; die bei dem starken intraocularen Druck besonders plötzliche Lageveränderung der Linse, längeres Anliegen der Linse an der Hornhaut bei langsamer Kammerwiederherstellung könnten direct oder durch Entstehung mikroskopischer Kapselrisse die Ursache bilden. Die Cornea-Scleralnarbe wird bisweilen cystoid; gelegentlich auch zeigt sie eine gewisse Breite und Durchsichtigkeit, so dass sie schwärzlich erscheint. Sehr häufig ist es, dass die Kammerfüllung nur langsam erfolgt; es vergehen gelegentlich Wochen, ehe eine deutliche vordere Kammer sich wiederherstellt. Bleibt sie dauernd aus, so ist die Prognose — mit wenig Ausnahmen — schlecht. —

Die Heilwirkung der Operation in den acuten Fällen, wenn sie innerhalb der ersten Tage ausgeführt wird, ist meist eclatant und dauernd.

Die Entzündung geht zurück und das Sehvermögen hebt sich sehr bedeutend, bisweilen fast zum normalen im Laufe einiger Wochen. Bei den chronisch-entzündlichen Formen wird ebenfalls häufig dem Fortschreiten des Processes Halt geboten, das Sehvermögen bleibt aber länger auf dem Status quo ante und erfährt nur sehr langsam eine allmähliche Besserung, die sich mit einer sichtbaren Verringerung der vorhandenen Excavation verbinden kann.

Am wenigsten gut ist der Erfolg bei dem Glaucoma simplex; das Meiste, was man erwarten darf, ist Stillstand oder eine Spur von Besserung. Relativ günstig sind die Fälle, wo die Druck-Erhöhung ausgeprägter ist, oder bei denen sich intermittirende entzündliche Erscheinungen gezeigt haben. Aber in einer ziemlichen Zahl von Fällen erfolgt nach der Iridectomie eine entschiedene Verschlechterung, die sich direct dem operativen Eingriffe anschliesst und ihrem ganzen Verlaufe nach mit ihm in Verbindung gebracht werden muss. — Es trifft dies nicht nur Augen, bei denen nach der Operation die Kammer lange aufgehoben blieb und leichte Entzündungen hinzutraten (maligne Glaukome, v. Graefe), sondern auch vollkommen gut geheilte.

Die Prognose wird überall um so schlechter, je ausgeprägter die Excavation und Atrophie der Papille und je enger das Gesichtsfeld ist. In Fällen, bei denen die Gesichtsfeldeinengung sich dem Fixationspunkte schon sehr genähert hat, geht das centrale Sehen nach der Operation oft verloren. Da dies sogar für einen ziemlich hohen Procentsatz zutrifft, so kann ich nicht umhin, die Iridectomie für solche Fälle, besonders wenn es sich um Glaucoma simplex handelt, als eine in ihrem Erfolge bedenkliche Operation zu betrachten. Abgesehen von directen Verschlechterungen verringert öfter ein in Folge der Pupillenbildung auftretender unregelmässiger Astigmatismus das frühere Sehvermögen.

Auch das Glaucoma absolutum erfordert zuweilen noch ein operatives Einschreiten, um heftigere Schmerzhaftigkeit oder degenerativen, durch die Tensionssteigerung bedingten Processen entgegenzutreten; schlimmsten Falles kann sogar die Enucleation hier nöthig werden.

Die Ansichten über das gegen den glaukomatösen Process eigentlich wirksame Moment in der Iridectomie sind getheilt. Es scheint, als wenn auch hier verschiedene Dinge einen günstigen Einfluss übten, von denen bald das eine, bald das andere, je nach der Ursache des speciellen Krankheitsprocesses, besonders nutzbringend hervortritt. Rein mechanisch wird durch die Incisionswunde, wenn sie, was beim Glaukom häufig ist, nicht direct und eng verklebt, sondern durch eine, mit blossem Auge schon erkennbare Zwischensubstanz vereinigt wird, eine gewisse Vergrösserung des Umfanges der Bulbuskapsel und damit Entspannung gesetzt (Stellwag). In der That kann man sogar nach der einfachen Anlegung eines die Conjunctiva und Sclera im Limbus trennenden Schnittes bisweilen eine Besse-

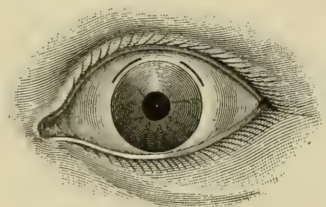
rung eintreten sehen. Geht die Incision, wie bei der Iridectomie, bis in die vordere Kammer, so tritt noch die Möglichkeit einer Art Filtration des Kammerwassers durch die Narbe hinzu: ein Moment, das besonders v. Wecker betont hat. Einzelne Fälle, bei denen die Kranken wieder auftretende Obscurationen durch Druck auf den Bulbus, wobei sich Flüssigkeit aus der Kammer unter die Conjunctiva schob, schnell beseitigen, unterstützen diese Anschauung. Wenn weiter, wie wir gesehen, das Anpressen der Iris an die Hornhautperipherie und der Verschluss des Schlemm'schen Canals auf den Lymphabfluss hindernden Einfluss üben, so wird ebenfalls der Incisionsschnitt dem entgegenwirken und einen neuen Abzug eröffnen.

Noch mehr wird aber die grössere Excision der Iris, welche sicherer das Abreissen der Verklebung von der Hornhautperipherie bewerkstelligt, hiergegen ankämpfen. Ebenso ist die Iridectomie von hoher Bedeutung, wenn etwa, wie bei manchen Formen von secundärem Glaukom, eine totale circuläre Synechie der Iris mit der Linsenkapsel eine Unterbrechung der Communication zwischen vorderer und hinterer Kammer veranlasst hat. Hier wird allein durch die Iridectomie eine Wiederherstellung derselben erreicht und so das ursächliche Leiden beseitigt. Gleiches gilt, wenn eine Reizung der Irisnerven reflectorisch die Hypersecretion und Hypertonie bewirkt hat. — Exner erklärt im Allgemeinen die Heilwirkung der Iridectomie so, dass der gesammte Gefässdruck im Auge (und damit auch der intraoculare Druck) durch Herausschneiden eines Stückes Iris herabgesetzt werde. Es wird mit der excidirten Iris nämlich ein Theil der kleineren Gefässe und des sie verbindenden Capillarnetzes entfernt. Zwischen den zurückbleibenden grösseren Arterien und Venen bilden sich, wie Präparate zeigen, directe Anastomosen, durch welche das Arterienblut, ohne ein Capillarnetz zu passiren, sofort in die Venen gelangt. Dadurch wird alsdann ein Sinken des Blutdruckes sowohl in der Iris, als in den weiter zurück gelegenen Chorioidealarterien bedingt.

Manche Fälle von acutem Glaukom legen aber auch die Ansicht nahe, dass bisweilen schon die ausgiebige Entleerung des Kammerwassers, wie sie bei der Iridectomie erfolgt, genügt, um den Process zu heilen. So sind die Fälle eben nicht selten, wo ein acuter Glaukomanfall dauernd geheilt wurde, trotzdem bei der Iridectomie, in Folge unregelmässiger Ausführung, nur ein kleines centrales Stückchen herausgeschnitten wurde oder auch die Incision ganz in das Corneagewebe fiel. Man muss hier daran denken, dass nach der Kammerwasserentleerung die durch eine acute Drucksteigerung momentan gestörten regulatorischen Kräfte, wie etwa die Elasticität der Sclera, wieder dauernd zur Geltung kommen konnten.

Die von Stellwag und v. Wecker vertretenen Anschauungen, dass der Scleralschnitt das eigentlich wirksame Moment bei der Iridectomie sei, fanden durch Quaglino (1871) insofern eine praktische Ausnutzung, als er an Stelle der Iridectomie die einfache Sclerotomie gegen Glaukom empfahl. Er machte zu dem Zwecke mit einen breiten Lanzenmesser circa $1\frac{1}{2}$ bis 2 mm von der Cornealinsertion in die Sclera, wie zu einer Iridectomie, den Einstich und schob die Lanze bis zu einem Drittel ihrer Länge in die vordere Kammer. Durch langsames Zurückgehen wird ein schnelles Ausströmen des Kammerwassers, welches die Iris leicht in und durch die Wunde presst, möglichst verhindert. Vorheriges und nachfolgendes Einträufeln von Eserinlösung wirkt weiter einem Vorfall der Iris entgegen. Da sich derselbe aber bei dieser

Methode dennoch nicht immer verhindern lässt, so hat Wecker eine andere Operationsweise empfohlen. Hierbei bedient man sich eines dem v. Graefe'schen ähnlichen, aber 3 mm breiten Messers, das etwa ½ mm vom durchsichtigen Hornhautrande entfernt, und, wenn man nach oben hin den Schnitt legt, etwa 1½ mm über dem horizontalen Meridian in die vordere Kammer gestossen wird, als ob es sich um die Herstellung eines nach oben gerichteten Hornhautlappens zur Staroperation handelte. Nach erfolgter Contrapunction wird das Messer den Sclerallimbus durchschneidend nach oben geführt, bis etwa zwei Drittel des ganzen Lappenschnittes vollendet sind und nur noch das obere Drittel stehen geblieben ist (Figur 118); der Schnitt soll etwas tiefer liegen als die Zeichnung angiebt. Alsdann zieht man das Messer zurück. Durch die oben ungetrennt gebliebene Cornealscleralverbindung wird einem Vorfall der Iris in die Schnittwunden möglichst vorgebeugt und Corneal-Astigmatismus eher vermieden. Diese Methode eignet sich besonders bei verhältnissmässig tiefer vorderer Kammer, wo man Raum für die Messerführung hat, die Iris beim Zurückziehen des Messers nicht so leicht vor die Klinge fällt und wegen der Menge des Kammerwassers grössere Tendenz zum Hinausschieben und Vorfallen der Iris besteht. Bei engerer Kammer ist der Lanzenschnitt vorzuziehen; stets ist vorher durch Physostigmin möglichst Miosis zu bewirken.



118.

Die Sclerotomie hat in letzter Zeit von ihrem früheren Ansehen wieder eingebüsst. Es ist nicht zu leugnen, dass sie, falls ihr dieselbe Heilkraft innewohnte wie der Iridectomie, dieser vorzuziehen wäre. Die künstliche Pupille, welche den stärker gebrochenen Randstrahlen den Einfall gestattet und eine vermehrte diffuse Beleuchtung der peripheren Netzhautpartien zulässt, verursacht hierdurch bisweilen eine erheblichere Herabsetzung des Sehvermögens, besonders beim Blick ins grelle Licht; ebenso bewirkt sie zweifellos eine Entstellung des Auges. Aber es scheint doch, als wenn die Iridectomie wegen ihrer, wie oben hervorgehoben, vielseitigeren Heilkraft bei den entzündlichen Glaukomformen den Vorrang behalten wird. Ich selbst habe Fälle gesehen, wo nach nutzloser Sclerotomie die Iridectomie Besserung schaffte. Das kann auch nach den oben entwickelten theoretischen Anschauungen über die Entstehungsursachen des Glaukoms nicht auffallend sein. Immerhin aber empfiehlt sich für gewisse Formen als erster operativer Eingriff die Sclerotomie, deren Nutzen in einer Reihe von Fällen sicher erwiesen ist. Ich rechne hierher das absolute Glaukom, wo sie zur Hebung

vorhandener Beschwerden als einfachstes Mittel versucht werden sollte, das Glaucoma haemorrhagicum und das Glaucoma simplex, wenn keine deutliche Hypertonie vorhanden ist, besonders, und ebenso beim chronisch-entzündlichen Glaukom, wenn das Gesichtsfeld bis in die Nähe des Fixirpunktes eingeengt ist. In diesen Fällen sind in der That die Verschlechterungen nach der Ausführung der Iridectomie so häufig, dass wir die Sclerotomie, von der directe Nachtheile kaum zu erwarten stehen, entschieden vorziehen müssen.

In England übt man bisweilen noch die von Hancock empfohlene Myotomia intraocularis (Durchschneidung des Ciliarmuskels). Hancock ging dabei von der Ansicht aus, dass eine Contractur des Ciliarmuskels und dadurch bewirkte Strangulation der umschnürten Blutgefässe und Nerven die Hauptursache des Glaukoms sei. Einfach auf Herabsetzung des intraocularen Druckes durch Glaskörperabfluss zielt die Punction der Sclera (Sclerotomia posterior): sie kann bei abgelaufenen Fällen gegen stärkere Drucksteigerung und Schmerzen von Nutzen sein; sie zur Erleichterung der Operation bei sehr enger vorderer Kammer der Iridectomie voranzuschicken, halte ich für zu eingreifend. Auch die Dehnung des Nervus nasociliaris, den man durch Fassen des Nervus infratrochlearis am inneren oberen Augenhöhlenwinkel anzieht, ist versucht worden (Badal, Abadie). Sie soll gegen die Ciliarneuralgien, so auch bei abgelaufenem Glaukom, gelegentlich Nutzen bringen. Weiter hat man die Exstirpation des Ganglion supremum des Sympathicus oder grosser Stücke des Halssympathicus neuerdings versucht (Joanescou, Abadie, Grunert u. A.), davon ausgehend, dass dieselbe Miosis und Druckherabsetzung (— neben Ptosis —) an normalen Augen bewirkt. Ich habe mich von letzterer Wirkung an mehreren Patienten, denen wegen Epilepsie die Operation gemacht wurde, überzeugen können; einmal constatirte ich auch eine vermehrte Hyperämie der Papilla optica. Den Effect auf Pupille und intraocularen Druck habe ich hier noch nach Monaten constatirt; einmal war aber nach $^3/_4$ Jahren die betreffende Pupille weiter geworden als die der nicht-operirten Seite, was mit Beobachtungen, die Langendorf gelegentlich an Thieren gemacht hat, übereinstimmt. In einer Anzahl von glaukomatösen Augen will man nach der erwähnten Operation Besserung gesehen haben; immerhin dürften nur ganz verzweifelte und den localen Operationen Widerstand leistende Fälle ihr zu unterwerfen sein. Wenn es sich um Gl. absolutum handelt, sollte man beim Versagen wiederholter Iridectomien oder Sclerotomien lieber enucleiren.

Von nicht operativen Mitteln hat, besonders durch die Empfehlung Laqueur's und Ad. Weber's, die Anwendung des Physostigmins und Pilocarpins bei Glaukom eine berechtigte Verbreitung erfahren. Man träufelt eine $^1/_2$procentige Lösung des ersteren, oder eine 2procentige des letzteren zwei bis sechsmal täglich ein. Dabei sieht man Anfälle des Prodromalstadiums, sowie nicht selten acute Anfälle des Glaucoma evolutum allmählich zurückgehen und auch bei manchen chronischen Formen anfänglich eine gewisse Besserung und Hebung des Sehvermögens eintreten. Es dürfte die Hauptwirkung der erwähnten Miotica darauf zurückzuführen sein, dass bei der Pupillenverengung der Fontana'sche Filtrationsraum wieder frei wird. Nach den bis-

herigen Beobachtungen sind die Erfolge jedoch — mit wenigen Ausnahmen — keine dauernden. Einmal habe ich die Heilung eines acuten Glaukomanfalles unter Eserineinträufelung beobachtet, wo das Auge Finger nur noch in zwei Fuss sah. Die Sehschärfe kam auf $\frac{5}{6}$ mit cylindrischen Gläsern. Seit einer Reihe von Jahren ist das Auge gesund geblieben. Das andere, zu gleicher Zeit erkrankte, wurde durch Iridectomie geheilt. — Glaucoma simplex kann gelegentlich unter der Anwendung dieser Miotica Jahre hindurch stationär bleiben: wenn man die Kranken in Beobachtung behält, so ist hier jedenfalls ein Versuch mit diesen Mitteln, ehe man zu der in ihren Erfolgen recht zweifelhaften Operation schreitet, dringend anzuempfehlen. Ebenso sind die Miotica in dem Prodromal-Stadium zur Hebung der periodischen Obscurationen anzuwenden. Auch bei Glaucoma haemorrhagicum empfiehlt sich ein Versuch.

Vorübergehend träufelt man ferner mit Nutzen Eserin ein, um die stark entzündlichen Erscheinungen eines acuten Glaukomanfalles so weit herabzusetzen, dass die enge Kammer wieder tief genug ist, um eine exacte Operation zu gestatten; hier muss man aber beständig das Verhalten des Sehvermögens controliren, um mit der Operation nicht zu lange zu warten. Nach ausgeführter Operation, wenn sich etwa von Neuem kleinere Recidiverscheinungen, wie leichtere Obscurationen und Aehnliches zeigen, kann man gerade so wie im Prodromalstadium das Pilocarpin mit Erfolg anwenden. Es ist übrigens nicht selten, dass Pilocarpin von den Kranken besser vertragen wird, als Physostigmin, weil letzteres ihnen Schmerzen macht. Auch habe ich unter seinem lang fortgesetzten Gebrauch gelegentlich hintere Synechien entstehen sehen. Bisweilen nützt gegen Schmerzen die intercurrente Anwendung des Cocain, das gleichfalls den Druck herabsetzt.

Sollte trotz gemachter Operation die Krankheit nicht gehoben werden, so würde, wenn Eserin oder Pilocarpin nicht helfen, die Iridectomie oder Sclerotomie zu wiederholen sein. v. Graefe empfahl bei vorausgegangener Iridectomie die zweite Operation so anzulegen, dass das Colobom dem zuerst gesetzten gerade gegenüber liegt. Wenn man noch öfter die Iridectomie wiederholt, so gelingt es meist, die Tension herabzusetzen, aber das Sehvermögen ist inzwischen verloren gegangen. Wecker räth das Wiederaufschneiden der ursprünglichen Operationsnarbe (Uletomie) an.

Bei der Behandlung des Glaukoms ist auch die Regulirung der ganzen Lebensweise von Wichtigkeit; besonders sind die wahrscheinlichen Entstehungsursachen des Leidens zu beachten. So sind gleichzeitige Neuralgien (durch Antipyrin, Narcotica u. dergl.) zu bekämpfen; bei Congestionen nach dem Kopfe ist für Ableitung zu

sorgen, gichtische oder rheumatische Dispositionen sind entprechend zu behandeln u. s. w. Das Chinin in Dosen von 0·2 mehrere Male täglich, hat bisweilen gegen glaukomatöse Exacerbationen eine ausgesprochene Wirkung.

B. Ophthalmomalacie.

Als Ophthalmomalacie (essentielle Phthisis bulbi, v. Graefe) bezeichnen wir eine deutlich constatirbare Spannungsabnahme und mehr oder weniger ausgeprägte Verkleinerung des Augapfels, die sich unabhängig von einer Entzündung an einem ausgebildeten Bulbus entwickelt.

Man kann zwei Formen unterscheiden: die einfache Ophthalmomalacie und die intermittirende. Bei der letzteren tritt die Erweichung in einzelnen Anfällen auf, die Stunden oder Tage lang dauern, um dann wieder einer normalen Beschaffenheit des Bulbus Platz zu machen; bei der ersteren besteht der Zustand in gleicher Form und unverändert längere Zeit hindurch, um schliesslich in Heilung überzugehen oder auch permanent zu bleiben. Zuweilen ist stärkeres Thränenträufeln, eine gewisse Reizbarkeit gegen Licht, das Gefühl von Druck im Auge oder selbst ausgeprägte Neuralgie mit der Ophthalmomalacie verknüpft. Erreicht die Spannungsabnahme einen hohen Grad, so wird der Bulbus in der Gegend der geraden Augenmuskeln abgeplattet, die Hornhaut gerunzelt und dadurch die Sehschärfe herabgesetzt.

Die Ophthalmomalacie ist zu unterscheiden sowohl von der gewöhnlichen Phthisis (Atrophia) bulbi, als auch von den Tensionsverringerungen (Hypotonien), wie sie im Verlauf der verschiedenartigsten Entzündungen (phlyktänuläre Keratitis, Keratitis diffusa, Cyklitis u. s. w.) auftreten, als auch schliesslich von der auf mangelnder Entwickelung beruhenden Verkleinerung des Bulbus (Microphthalmus congenitus und infantilis).

Die gewöhnliche Phthisis ist der Endausgang verschiedener innerer Augenentzündungen, wie Iridocykliten, eitriger Chorioiditen und eitriger Glaskörperinfiltrationen. Die durch diese gesetzten anatomischen Alterationen sind in der Regel hinreichend deutlich, um auch noch nach eingetretenem Augapfelschwund die vorangegangenen Entzündungen

erkennen zu lassen. Bezüglich des Mikrophthalmus giebt die Anamnese Auskunft. Auch fehlt hier die pathologische Weichheit des Bulbus. —

Die intermittirende Ophthalmomalacie, welche nur sehr selten vorkommt (v. Graefe, Laqueur, Strzeminski), war öfter Folge von Verletzungen. Sie ist mit hochgradiger, anfallsweiser Erweichung des Auges und gelegentlich starker Lichtscheu und Schmerzhaftigkeit verknüpft. Die Dauer des Anfalles beträgt mehrere Tage. In einigen Fällen trat erst nach längerer Zeit Heilung ein. Morphiuminjectionen scheinen gegen den Anfall von Nutzen zu sein.

Häufiger ist die einfache Ophthalmomalacie. Das auffälligste Zeichen ist die Verkleinerung des Augapfels. Die Affection ist meist einseitig, bisweilen mit Ptosis incompleta und Miosis — also dem von Horner beschriebenen und auf Lähmung von Sympathicusästen zurückgeführten Symptomencomplex — verbunden. Auch Ernährungsstörungen an der betreffenden Gesichtsseite kommen vor.

Die Tensionsabnahme, meist stark ausgeprägt, kann in einzelnen Fällen weniger hervortreten, steigert sich aber auch hier periodisch. Sonstige pathologische Veränderungen am Auge fehlen. Das Sehvermögen ist normal. Den Kranken ist selbst meist die Verkleinerung des Augapfels aufgefallen. (Natürlich sind scheinbare Verkleinerungen, etwa durch Herabsinken des oberen Lides bedingt, wie man es, abgesehen von der eigentlichen Ptosis, in gewissem Maasse bei vielen Conjunctival- und sonstigen Augenentzündungen findet, auszuschliessen; auch ist darauf zu achten, dass nicht ein Schwund des orbitalen Fettzellgewebes, der sich allerdings mit Ophthalmomalacie verknüpfen kann, die alleinige Ursache der scheinbaren Verkleinerung bilde.) Bisweilen tritt die Ophthalmomalacie nach schweren Krankheiten (Typhus) ein.

Ich hatte Gelegenheit, in einem Falle die factische Verkleinerung des Bulbus bei der Section volumetrisch nachweisen zu können: es bestand gegen den gesunden Bulbus eine Differenz von $1^1/_2$ cc. Wasser. Auch das Fettzellgewebe war verringert. Im Gehirn waren die oberen Schichten des linken Thal. opticus auffallend weich. Am Halssympathicus fanden sich keine wesentlichen Abnormitäten. In einem zweiten Falle, wo ich neben Ptosis und Miosis linksseitige Ophthalmomalacie beobachtet hatte, zeigte die Section chronische Meningitis an der Convexität des Gehirns neben einem frischen Extravasate im rechten Thal. opticus und Corp. striatum. Giovanni hat in einem ähnlichen Falle Sclerose des betreffenden Halssympathicus mit Atrophie der Ganglienzellen gefunden. Es scheint, dass sowohl cerebrale Affectionen als solche des Halssympathicus, zumal auch die einzelnen Fälle, besonders bezüglich des gleichzeitigen Vorhandenseins der Miosis und Ptosis, Verschiedenheiten zeigen, als ursächliche Momente eine Rolle spielen können. Einmal sah ich Ophthalmomalacie des linken Auges in Verbindung mit dem Horner'schen Symptomencomplex bei einem jungen Mann, wo tiefgehende Halsdrüsen-Packete auf den linken Sympathicus drückten.

Zweites Kapitel.

Erkrankungen der Linse.

Anatomie und pathologische Anatomie der Linse.

Die Linse liegt in der tellerförmigen Grube (Fovea patellaris) des Glaskörpers und ist in der Zonula Zinnii (Ligamentum suspensorium lentis), die sich am Aequator (d. h. an der dem Corp. ciliare zugewandten Peripherie) der vorderen und hinteren Linsenkapsel inserirt, gleichsam aufgehängt. Der zwischen den Fasern der Zonula befindliche Raum wird als Canalis Petitii bezeichnet. Die Linse hat beim Erwachsenen einen meridionalen Durchmesser von circa 10 mm, und einen sagittalen von 4 mm. Ueber ihre Krümmung und Brechung ist bereits S. 38 gehandelt. Die Linsenkapsel bildet eine durchsichtige, glashelle Membran; die vordere Hälfte derselben besitzt auf ihrer Innenfläche eine Epithellage, welche bis zum Aequator reicht. An der hinteren Fläche der Kapsel kommen Epithelzellen nach der Geburt nicht mehr vor, da sie zu Linsenfasern ausgewachsen sind. Man kann die Kapsel in grösseren Stücken von der Linse abziehen. Bei Startrübungen wird der Zusammenhang zwischen Kapsel und Linsensubstanz noch erheblich lockerer. An der Linse älterer Menschen unterscheidet man eine weiche periphere Schicht (Corticalschicht) und einen etwas consistenteren Kern, der sich erst im späteren Lebensalter — etwa Ende der zwanziger Jahre — entwickelt. Dieser durch eine mit Wasserverlust verknüpfte Sclerosirung entstehende Nucleus nimmt mit den Jahren an Grösse beständig zu. Die Linsensubstanz besteht histologisch aus glatten Fasern, welche die Form langgestreckter sechsseitiger Prismen haben. Die Fasern, welche der Rinde der Linse angehören, zeigen häufig gekörnte Kerne; in den centralsten Theilen der Linse fehlen dieselben. Ebenso ist ein Unterschied in der Randcontour. Letztere ist glatt in den Corticalpartien, zahnartig eingekerbt in den centralen. Es ist dies auf die Altersschrumpfung der Fasern zurückzuführen (Becker): die peripheren, durch Auswachsen der Epithelzellen und zwar vorzugsweise vom Linsenäquator her gebildeten Linsenfasern sind die jüngeren, die centralen die älteren. Die

Linsenfasern werden durch eine Kittsubstanz zusammengehalten. Indem jede einzelne Faser in der Richtung der Meridiane von der Vorder- zur Hinterfläche läuft, stossen ihre Enden in den Linsenpolen in der Weise zusammen, dass eine Sternfigur entsteht. Dieselbe hat beim Neugeborenen an der Vorderfläche die Form eines umgekehrten Y (⅄); auf der Hinterfläche zeigt sie eine ähnliche, aber anders gestellte Figur: der gerade Strich geht hier nach unten, die beiden anderen nach oben. Beim Erwachsenen wird die Figur dadurch, dass die Hauptstrahlen sich theilen und andere sich ihr anschliessen, complicirter. Es kommt hierdurch zu einer, besonders bei Starbildung, aber auch bisweilen ohne diese, im höheren Alter hervortretenden Theilung in Sectoren, deren Spitze dem Linsenpol, deren Basis dem Linsenäquator zugekehrt ist. Auch werden die Linsenfasern später härter und zeigen eine mehr gelbliche Färbung. Am Aequator bildet sich öfter eine aus kurzen, weissen Strichen zusammengesetzte Trübung, welche analog der Randtrübung der Cornea, als Gerontoxon lentis bezeichnet wird. Der Kern setzt sich durch eine grössere Härte und stärkeren gelblichen Reflex schärfer von der Cornea ab. Der Wassergehalt nimmt ab.

Die Ernährung der Linse geschieht besonders durch die Uvea; aber auch der Glaskörper hat nach klinischen Erfahrungen darauf Einfluss. Magnus, der vorzugsweise nach den, durch Naphthalin-Fütterung entstehenden Katarakten bei Thieren die Ernährung der Linse studirt hat, fand die Haupternährungszone etwas hinter dem Linsen-Aequator in der Linsenperipherie, eine zweite vor dem Aequator noch innerhalb des Ansatzes der Zonulafasern. Nach Schlösser strömt die Nährflüssigkeit vom Aequator zum Centrum der hinteren Rinde, dann durch perinucleare Kanäle nach vorn und verlässt die Linse durch die Kapsel in einer vor dem Aequator liegenden Zone.

Pathologische Anatomie. Dem Auftreten des Altersstares geht eine Volumenabnahme der Linse (Priestley Smith) voran: dieser folgt eine Volumenzunahme, indem bei reifender Katarakt eine Vermehrung des Wassergehaltes eintritt. Auch der Cholestearingehalt (Zehender, Jacobson) ist erhöht, während die Eiweissstoffe sich verringern (Michel). Mikroskopisch lässt sich stets eine von den intracapsulären Zellen ausgehende Neubildung von Zellen nachweisen, die als Wucherung des Kapselepithels, eventuell mit Ausgang in Kapselstar, ferner in der Gestalt bläschenartiger Zellen und als epithelartiger Ueberzug an der Innenfläche der hinteren Kapsel zu Tage tritt (Becker). Mit diesen progressiven oder, wenn man will, entzündlichen Vorgängen, verbinden sich regressive. Die Linsenfasern atrophiren und verringern ihr Volumen. Es bilden sich Lücken, in denen abnorme Mengen von Flüssigkeiten sich ansammeln. Dieselben können durchscheinende kugelförmige Gerinnungen (sogenannte Morgagni'sche Kugeln) oder auch algenförmig getheilte, durchscheinende, faserartige

Formationen bilden. Die eigentlichen Linsenfasern zeigen punktförmige moleculare Trübung, Tröpfchen, Querstreifen, Aufquellung, schliesslich tritt moleculärer Zerfall ein mit Fett, Cholestearinkrystallen und Kalkkörnern.

Beim Schichtstar finden sich in der getrübten Zone grössere und kleinere mit Detritus und Myelintropfen gefüllte Vacuolen, die auch im Kern nicht ganz fehlen.

Die Kapselkatarakte entstehen nach zwei Typen. Es bilden sich streifenartige oder drusenförmige Verdickungen auf der Innenseite der Linsenkapsel, die theils hell und durchsichtig wie die Kapsel selbst, theils mehr gelblich aussehen und mit helleren und dunkleren Flecken und Zellen versehen sind (H. Müller). Diese Drusen gehen aus den Epithelzellen hervor (Becker). Eine andere Form von Kapselkatarakt entsteht durch Auswachsen des protoplasmatischen Zellenleibes der Epithelien; es bilden sich dabei spitze Fortsätze, welche sich in die Kapsel hineinschieben. Daneben finden sich Kerne und runde Epithelzellen. Auch findet man dicht der Kapsel anliegend öfters eine durchscheinende helle Schicht, die durch Kapselspaltung (Becker) entstanden ist. Die ganze Masse der Kapselkatarakt kann durch Bildung neuer Schichten von Zwischensubstanz das Aussehen des Bindegewebes annehmen (Manfredi). Nach innen zu wird die Kapselkatarakt in ihrer ganzen Ausdehnung oder nur an ihren Rändern von emporgehobenen normalen Epithelzellen bekleidet.

Nach Becker's Ansicht gehen auch die durch entzündliche Processe im Auge (Hornhauteiterungen, eitrige Pupillarauflagerungen) entstandenen Kapselkatarakte aus einer Proliferation des Kapselepithels hervor. Ein directes Eindringen von Eiterkörperchen in die Linse kann durch Usur der Kapsel bei entzündlichen Processen stattfinden; selbst rothe Blutkörperchen sind in dem fettig metamorphosirten Detritus einer congenitalen Katarakt gefunden worden (Bock). Ebenso wurden Knochenbildungen beobachtet, aber nie bei intacter Kapsel (Becker).

Bei traumatischen Staren in Folge eines Einrisses in der vorderen Kapsel finden sich anfänglich in den Linsenfaserenden der ganzen Vorderfläche Vacuolen; weiter bildet sich in der hinteren Corticalis und in einer perinuclearen Zone ein mit kleinkörniger Masse gefülltes Lückensystem. Noch später quellen die Linsenfasern auf, und es entleeren sich Myelinkugeln unter die Kapsel und in die vordere Kammer. Aber alle diese Veränderungen sind noch reparabel, und es kann wieder Klärung eintreten (Schlösser, Schmidt-Rimpler).

Die senile Startrübung beginnt meist in den, vor und hinter dem Linsenäquator concentrisch verlaufenden Zonen (Schön, Magnus), welche, wie oben erwähnt, dem stärksten Nährstrom entsprechen;

seltener vom Kernäquator aus. Sie tritt in der Form von mit Flüssigkeit gefüllten Spalträumen auf, welche Tropfen-, Birnen- und Spindelgestalt zeigen.

1. Cataracta.

I. Allgemeine Diagnose. Reife.

Die als grauer Star (Katarakt) bezeichnete pathologische Veränderung der Linse ist charakterisirt durch das Auftreten von trüben Massen an Stelle der sonst durchsichtigen Substanz. Schon bei Tageslicht nimmt man gröbere Veränderungen wahr, wenn sie in den vorderen Linsenpartien ihren Sitz haben; das Pupillargebiet erscheint nicht schwarz, sondern ganz oder stellenweise getrübt, grau oder weiss. Doch bedarf es stets der Untersuchung mit dem Augenspiegel und mit schiefer Beleuchtung, um sich vor Täuschung zu schützen. Für gröbere Trübungen genügt einfach das Hineinwerfen des Lichtes mit dem Augenspiegel. Bleibt die ganze Pupille undurchsichtig, so wird alles Licht von der Linse reflectirt oder absorbirt; sieht man grauschwärzliche Flecke, Kugeln, Striche in dem Pupillenroth, so sind nur einzelne Partien undurchgängig. Um sehr kleine und durchscheinende Linsentrübungen und Tropfenbildungen zu erkennen, geht man mit einem Augenspiegel, hinter den eine starke Convexlinse (Magnus' Lupenspiegel) gelegt ist, dicht an das Auge heran: es ist etwas schwierig hierbei die richtige Entfernung und beste Beleuchtung zu gewinnen. Gelingt dies aber — am leichtesten bei mydriatischer Pupille —, so bekommt man einen vollen und oft überraschenden Ueberblick über alle vorhandenen Trübungen. Die schiefe Beleuchtung, eventuell unter Benutzung der Westien-Zehender'schen oder Czapki-Schanz'schen binocularen Lupe, lässt in ähnlicher Weise die gröberen Details erkennen, gestattet aber nur eine kleinere, nämlich die gerade schief beleuchtete Stelle mit einem Blick zu übersehen. Im Uebrigen wird man immer auch die schiefe Beleuchtung heranziehen, wenn man sich über die Lage und Art der Trübungen, welche beim Einwerfen des Lichtes mit dem Augenspiegel Schatten im Pupillarroth veranlassen, sicher unterrichten will, da mit ihr Hornhautflecke, Kapselauflagerungen und die verschiedenen Färbungen der Linsentrübungen am besten erkannt werden. Allein jedoch gestattet die schiefe Beleuchtung nicht immer mit Sicherheit die Diagnose einer pathologischen Linsentrübung, da bei ihrer Anwendung, ebenso wie auch bei Tagesbeleuchtung, besonders bei alten Leuten, der Kern oder auch einzelne Sectoren der Linse, selbst das ganze Linsensystem öfter in einer Weise reflectiren, die vollkommen pathologisch erscheint, während man mit dem Augenspiegel

ganz unverschleiert die Details des Augenhintergrundes erkennen kann. Aber nur die Trübungen, welche dem durchfallenden, mit dem Augenspiegel hineingeworfenen Licht ein Hinderniss bereiten, also den Reflex des Augenhintergrundes in irgend welcher Weise aufheben oder beeinträchtigen, können als pathologisch betrachtet werden.

Zeigen sich bei der schiefen Beleuchtung die vorderen brechenden Medien einschliesslich der Linse klar, so rühren die etwa vorher ophthalmoskopisch gesehenen Schatten oder dunkleren Flecke auf dem rothen Augenhintergrund von umschriebenen Glaskörpertrübungen her. Auch abnorme Pigmentanhäufungen in der Chorioidea können gelegentlich als dunklere Punkte im Pupillenroth erscheinen; die detaillirte Untersuchung des Augenhintergrundes wird über ihren Ursprung Auskunft geben.

Will man zu einer durchaus exacten Diagnose betreffs der Linsentrübungen kommen, so muss man stets die Pupille durch ein Mydriaticum (etwa Euphthalmin) erweitern, um die peripheren Partien frei zu legen.

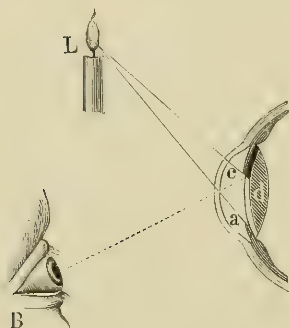
Die Trübung ist umschrieben oder total. Es kann der Kern der Linse allein getrübt sein (Kernstar), während die Corticalis noch frei und durchsichtig ist. In anderen Fällen ist letztere getrübt (Corticalstar) und ersterer frei. An der Lage der Trübung lässt sich dies leicht erkennen, da eine in der Mitte der Linse gelegene, in der Regel etwas gelbliche oder leichtbräunliche Trübung, ohne dass sectorenförmige Abtheilungen darin hervortreten, den Kernstar kennzeichnet. Der Corticalstar nimmt die peripheren Partien ein, zeigt meist eine mehr grauweisse Färbung und sectoren- oder strichförmige, bisweilen auch punkt- und fleckförmige Trübungen. Sind beide Theile der Linse befallen, wie in der Regel im höheren Lebensalter, so wird die Kerntrübung durch die vorliegenden Corticalmassen oft verdeckt und ist nur durch die im Centrum sitzende, etwas gesättigtere gelbliche Färbung (besonders bei erweiterter Pupille und auffallendem Tageslicht wahrnehmbar) zu diagnosticiren. In seltenen Fällen ist selbst bei älteren Individuen der Kern ganz milchweiss, von ähnlichem Aussehen wie die Trübungsstreifen der Corticalis.

Vor dem 30. Lebensjahre finden sich in der Regel keine harten Kerne im Star, nach dem 45. Lebensjahre enthält der Star fast immer einen Kern. In diesem höheren Lebensalter haben die Kataraktkerne einen Durchmesser bis zu 8 mm und eine Dicke von circa 3 mm. Der ganze in der Kapsel extrahirte Star hat durchschnittlich einen Durchmesser von 9 mm und eine Dicke von 4 mm. Sein Gewicht ist geringer als das normaler Linsen, 0·13—0·19 Gramm (Nagel).

Abgesehen von gewissen stationär bleibenden Formen mit partieller Trübung, pflegt meist eine allmähliche Ausbreitung der Trübung einzutreten. Man nennt dies das Reifen des Stares. Wie lange es

dauert, bis ein Star vollkommen reif oder, was in der Meinung des Patienten gleichbedeutend ist, operationsfähig wird, ist nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Am ehesten ist auf schnellere Zunahme der Trübung zu rechnen, wenn breite opalescirende Sectoren in der Corticalis vorhanden sind. Auch bei jugendlichen Individuen oder bei Allgemeinleiden (Diabetes, Schwächezuständen) kommt es früher zu einer vollkommenen Trübung. Es giebt aber, wie weiter unten zu ersehen, gewisse Starformen, die, trotzdem noch sehr viele durchsichtige Theile vorhanden sind, dennnoch sich leicht aus der Kapsel entleeren lassen und so im Sinne der Operationsfähigkeit als reif betrachtet werden können.

Im ersten Stadium der sich entwickelnden Starbildung (Cat. incipiens) bemerkt man nur einzelne Trübungen in der sonst durchsichtigen Linse, die Kammer hat ihre normale Tiefe. Dann aber nimmt die Linse an Volumen zu (Cat. intumescens s. immatura), sie wird in grösserer Ausdehnung trübe, meist zeigt sie breite, weissliche, opalescirende Sectoren. Die der Kapsel zunächst liegenden Partien bleiben anfänglich noch durchsichtig.



119.

Als werthvolles Zeichen hierfür dient der Schlagschatten der Iris. Befindet sich seitlich in L (Figur 119) eine Lichtquelle, so werden von dieser aus die Strahlen La und Lc in die Pupille fallen. Das Auge des Beobachters B wird alsdann hinter c einen schwarzen Schatten sehen, den die Iris auf die Linsentrübung d wirft. Ist hingegen letztere so weit nach vorn vorgeschritten, dass sie die Kapsel und Iris erreicht, so fällt der schwarze Zwischenraum fort: die Iris liegt dicht und ungetrennt auf der grauen Linsentrübung. Es ist hierdurch die Starreife festgestellt. Man hüte sich übrigens, den nicht selten zu beobachtenden feinen, schwarzen Saum am Pupillenrande der Iris, der durch das Hervortreten des hinteren Pigmentblattes bedingt ist, für den Schlagschatten anzusehen. Auch ist weiter zu beachten, dass in einzelnen Fällen, wo bei ganz schiefem Hineinsehen deutlich zu constatiren ist, dass die Trübung dicht unter der Kapsel liegt, dennoch ein Schlagschatten besteht. Hier hat nämlich die Linsensubstanz (besonders der stark vergrösserte Kern) eine mehr bernsteinartige Durchsichtigkeit statt der gewöhnlichen grauweisslichen Färbung angenommen, und lässt deshalb das Licht tiefer einfallen. In diesen Fällen pflegt auch noch ein gewisser röthlicher Reflex bei der ophthalmoskopischen Untersuchung vom Augenhintergrunde her zu kommen.

Durch die Dickenzunahme der Linse wird die Iris nach vorn gedrängt und die vordere Kammer eng.

Als reif (Cat. matura) bezeichnet man den Star dann, wenn das ganze Linsensystem, also der ganze Inhalt der Linsenkapsel eine pathologische Veränderung, die sich durch den Verlust der normalen Durchsichtigkeit kennzeichnet, eingegangen ist. Die Kammer hat jetzt wieder ihre normale Tiefe, der Schlagschatten fehlt. — In der Regel hat diese totale, bis zur Kapsel sich erstreckende Trübung zur Folge, dass nach einem Einreissen der Linsenkapsel, wie es bei der Starextraction ausgeführt wird, die getrübte Linse sich wie eine reife Frucht aus der Schale entleert, ohne dass Reste an der Kapsel haften bleiben, die sich noch nachträglich trüben oder aufquellen. Doch kommen Ausnahmen vor: ist beispielsweise die Corticalis breiig-weich, so pflegen trotz vollständiger Trübung dennoch Reste haften zu bleiben. Andererseits entleeren sich leicht und vollständig auch unreife Stare: so Linsen mit dunkelgelbem Kern und durchsichtiger, mit schmalen Streifen durchsetzter Corticalis; ferner solche, welche zwischen massenhaften, strich- und punktförmigen Trübungen noch kleinste durchsichtige Linsentheilchen zeigen (Alfr. Graefe), und gewisse Corticalstare mit hinterer, schalenförmiger Trübung, die in den vorderen Partien verhältnissmässig ungetrübt sind. Ueberhaupt gelingt die Entleerung der Stare, selbst wenn sie noch durchsichtige Partien enthalten, bei Individuen über 60 Jahre meist ausreichend. Auch Katarakte jugendlicher Individuen mit milchigweissem Kern und opalescirenden Corticalspeichen, zwischen denen noch durchsichtige Massen liegen, pflegen leicht aus der Kapsel herauszugehen.

Nach der Reifung des Stares tritt ein regressiver Process ein; die während der Reifung sich blähende und vergrössernde Linse verkleinert sich wieder und schrumpft. Der Star ist überreif (Cataracta hypermatura).

Hier kann von Neuem der Schlagschatten auftreten, wenn bei der Schrumpfung das getrübte Linsensystem etwas von der Iris abrückt und so ein Zwischenraum entsteht. Es sind dann noch weitere Momente heranzuziehen, um den unreifen von dem überreifen Star zu unterscheiden. So die grössere Tiefe der vorderen Kammer und das Aussehen der Katarakt selbst. Oefters zeigt sich auch Irisschlottern (Iridodonesis), da die Regenbogenhaut ihre Unterlage verloren hat. Ferner pflegt das Aussehen einer überreifen Katarakt ziemlich charakteristisch zu sein. Es finden sich in der Corticalis unregelmässige, intensiv weissliche Striche und Punkte, während die regelmässigen, mehr grauen und opalescirenden Sectoren abnehmen oder ganz schwinden. In anderen Fällen ist beim überreifen Star eine totale Verflüssigung der Corticalis eingetreten, so dass eine weissliche, milchige Trübung

ohne oder doch mit nur wenigen punkt- oder strichförmigen Formelementen sich zeigt. Auch pflegen Kapseltrübungen eher den überreifen Star zu befallen.

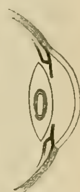
Die Kapselstare charakterisiren sich durch eine meist intensiv weisse Färbung und flächenartige Ausdehnung; am besten kann man sie ihrem Aussehen nach mit einem Stückchen weisses Papier vergleichen, das bald mehr, bald weniger gross, öfter mit unregelmässig gezackten Rändern, im Pupillengebiet liegt.

II. Partielle, nicht fortschreitende Linsentrübungen.

Umschriebene Trübungen, bei sonst vollständig freier und durchsichtiger Linsensubstanz sind nicht so gar selten. Wenn man sie bei jugendlichen Individuen trifft — bisweilen als kleine Punkte und Striche (Cat. punctata und striata) —, so kann man sie in der Regel als angeboren betrachten, und es liegt kein Grund vor, eine weitere Trübung der übrigen Linsensubstanz zu befürchten, da sie meist zeitlebens unverändert bestehen bleiben. Es trifft das vor Allem dann zu, wenn sie sehr intensiv und scharf abgegrenzt sind. Ist die Färbung mehr grau oder opalescirend, auch die Zwischensubstanz nicht vollkommen klar, so liegt eher Verdacht auf weiterschreitenden Star vor; man wird dann längerer Beobachtungszeit bedürfen, um zur Klarheit zu kommen. Aber selbst bei älteren Individuen können einzelne weisse Striche und Sectoren Jahre lang bestehen, ohne dass eine weitere Trübung eintritt. Bei Personen in sehr hohem Lebensalter — über 75 und 80 Jahr — finden sich partielle Trübungen in der Linsenperipherie sogar recht häufig. Die Zahl, in der diese partiellen Linsentrübungen auftreten, ist eine sehr verschiedene: von einem kleinen weisslichen Sector, Strich oder Punkt, bis zu zahlreichen, die Linse durchsetzenden.

Besonders hervorzuheben sind: 1) der stationäre Kernstar, der als eine weissliche, kugelige Trübung bei jugendlichen Individuen zuweilen vorkommt. 2) Der vordere, centrale Kapsellinsenstar. Hier besteht dem vorderen Pole der Linse entsprechend eine rundliche, meist stecknadelkopfgrosse, weisse Trübung, die sich noch etwas in die Linsensubstanz erstreckt. Bisweilen ragt auch die trübe Masse, welche aber immer von der Linsenkapsel überzogen wird, in die vordere Kammer hinein und bildet so eine kleine Pyramide (Cat. pyramidalis). Diese Starform entsteht öfters nach einer Blennorrhoe bei Neugeborenen und ihr Sitz mitten in der Pupille spricht dafür, dass sie durch directe Schädlichkeiten, welche diese Stelle der Linse trafen, bedingt wurde. So liegt beispielsweise, wenn in Folge der Perforation eines Hornhautgeschwürs die vordere Kammer längere Zeit fistelt, gerade der Linsen-

pol der Hornhaut an, selbst noch zu einer Zeit, wo man bereits in der Kammerperipherie durch Ansammlung des Kammerwassers einen gewissen Zwischenraum zwischen Hornhaut und Iris wahrnehmen kann. Wenn ausserdem eitriges Secret sich in der Kammer befindet, so wird bei der Enge der Pupille, wie sie selbst nach Atropinisirung bei Neugeborenen oft besteht, gerade und allein der centralste Linsentheil davon bedeckt werden. Es erklärt sich so das Zustandekommen des centralen Kapsellinsenstars, selbst wenn das Hornhautgeschwür sich nicht direct dem Linsenpole gegenüber befand. Dass dieser Star sich auch ohne Hornhautperforation nach Blennorrhoen entwickeln könne, wie Einige meinen, scheint nur dann annehmbar, wenn eitrige Pupillarexsudate längere Zeit vorhanden waren. 3) Die hintere Polarkatarakt. Hier findet sich eine weissliche oder weisslichgelbe Trübung mit nach vorn gerichteter Concavität am hinteren Linsenpol. Da nicht selten Glaskörperaffectionen bei dieser Kataraktbildung bestehen, so ist auch ein weiteres Fortschreiten der Trübung relativ häufig. 4) Der Spindelstar (Cat. fusiformis); es durchsetzt eine spindelförmige Trübung die ganze Linse quer vom vorderen zum hinteren Pol ziehend. 5) Der Schichtstar (Cataracta zonularis s. perinuclearis). Den freien Kern der Linse schalenförmig umgebend findet sich eine grauweissliche Schicht getrübter, centraler Corticalsubstanz, die wiederum von der Kapsel durch eine durchsichtige, periphere Linsenlage getrennt ist (Figur 120). Der Rand der Trübung ist von vorn gesehen kreisförmig; zuweilen liegen ihm kleine Zacken auf, welche in die durchsichtige, periphere Linsensubstanz hineinragen. In seltenen Fällen umkränzt auch, durch eine schmale Linie durchsichtiger Substanz getrennt, eine zweite oder dritte grauweisse kreislinienförmige Trübung die centrale.


120.

In der Trübung lassen sich in der Regel ziemlich breite zum Theil opalescirende Sectoren wahrnehmen. Das Centrum ist etwas durchscheinender als die Peripherie, wo bei dem dichten Aufeinanderliegen der getrübten Schichten eine stärkere Lichtabsorption stattfindet. Keinenfalls zeigt sich wie bei Kerntrübungen eine stärkere Intensität oder dunklere Färbung der centralen Starpartie. Hierdurch kann man den Schichtstar leicht vom Kernstar unterscheiden. Die Grösse und Durchsichtigkeit des Schichtstars ist sehr verschieden und damit natürlich auch der Grad der Sehstörung. Zuweilen ist die Trübung nur 3 bis 4 mm im Durchmesser gross, bisweilen erstreckt sie sich bis nahe an den Aequator der Linse. Je breiter das peripher durchsichtige Gebiet, um so besser das Sehvermögen. Um die Grösse desselben vollkommen zu übersehen, bedarf es der künstlichen Mydriasis. Bei kleinen Schichtstaren kann

es geschehen, dass die Patienten ein vollkommen genügendes Sehvermögen haben und keine Veranlassung finden, zum Arzt zu gehen. Verengert sich aber im höheren Lebensalter die Pupille, so wird die durchsichtige, periphere Linsenpartie immer mehr von der Iris bedeckt und die hierdurch bedingte Verschlechterung des Sehens lässt die Kranken alsdann Hülfe suchen. Wenn der Arzt hier nicht die Pupille ordentlich erweitert und das ganze Linsensystem genau untersucht, kann er leicht fälschlich zu der Diagnose eines Kernstares gelangen, da die Entwicklung dieses ja dem höheren Lebensalter entsprechen würde.

Der Schichtstar kommt angeboren vor oder entwickelt sich, wie wohl meistens, in den ersten Lebensjahren. Besonders häufig wird er bei Kindern beobachtet, die an Zahnkrämpfen gelitten haben, so dass eine durch die Trigeminusreizung bedingte reflectorische Ernährungsstörung der Linse als Ursache anzunehmen ist. Da das Wachsen der Linsenfasern von dem Aequator her erfolgt, so würde sich bei einer temporären Ernährungsstörung um die vorhandene, durchsichtige Linsensubstanz eine periphere Schicht getrübter Masse legen. Hört die Ernährungsstörung auf, und wird wieder normale Linsensubstanz gebildet, so entsteht um die trübe Masse eine durchsichtige. So erklärt sich die eigenthümliche Schichtform. Dass der Schichtstar besonders häufig, gleichzeitig mit Anomalie der Zähne (Horner), bei Rhachitis vorkommt, ist nicht erwiesen; aber auch in diesen Fällen scheinen Krämpfe (Tetanie) die directe Veranlassung zu geben (Peters).

Die Kapselstare pflegen, wenn sie sich primär entwickeln, meist stationär zu sein. So etwa als Folge kleiner Verletzungen, oder wenn bei Iritis oder Hornhautulcerationen eitrige Massen der Linse längere Zeit aufliegen oder wenn Verklebungen mit der Iris oder Cornea vorhanden sind. Auch die sich anschliessenden Trübungen der nächstangrenzenden Corticalpartien haben meist einen stationären Charakter. —

Die Sehstörungen, welche die partiellen Starformen hervorrufen, sind vorzugsweise von ihrer Durchsichtigkeit, ihrer Ausdehnung und ihrem Sitze abhängig. Je mehr peripher sie sind, um so weniger werden sie einen nachtheiligen Einfluss üben. Aber selbst bei centralerem Sitz kann ein vollkommen genügendes Sehvermögen bestehen.

Therapie. Viele der hierhergehörigen Formen bedürfen keiner besonderen Behandlung. Sollten zerstreut sitzende Trübungen ganz ungewöhnlich zahlreich und störend sein, so kann man überlegen, ob man nicht durch die Entfernung des Linsensystems ein brauchbares Sehen schaffen könne.

Bei jugendlichen Individuen wird man zunächst künstlich die Resorption einzuleiten suchen, indem man durch einen operativen Kapselriss (Discissio) dem Kammerwasser Zutritt schafft. Es tritt dann all-

mählich eine Quellung und Trübung auch der bis dahin ungetrübten Massen ein, welche so vorbereitet von dem zutretenden Kammerwasser resorbirt werden. Man geht mit einer Discissionsnadel (Figur 121), etwa 2 mm vom durchsichtigen Rande einstechend, durch die Cornea in die vordere Kammer und macht bei atropinisirter Pupille einen Kreuzschnitt in die Linsenkapsel. Andere bevorzugen den Einstich im Scleral-limbus. Gewöhnlich erfordert die Resorption der Linse bei nicht überstürztem Verlauf 6—8 Wochen. Bei den Linsen älterer Individuen (etwa über das 20. Lebensjahr hinaus) ist die Resorption noch langsamer und wegen der stärkeren Entwickelung des Kernes unvollständiger; auch ist die Gefahr einer durch die quellende und reizende Linsensubstanz hervorgerufenen secundären Iritis grösser. Man wird daher hier, nachdem man eine vollständige Trübung der Linse ebenfalls durch Discission erreicht hat, möglichst bald die Herausnahme der Starmassen folgen lassen. Dies Verfahren ist auch bei jugendlichen Individuen angezeigt, wenn man Zeit ersparen will oder wenn die Quellung zu heftig wird und erheblichere Entzündungserscheinungen erregen sollte. Man macht am besten mit einer breiten Lanze einen Linearschnitt in den Hornhautrand. Eine gleichzeitige Iridectomie ist meist unnöthig. Um das Herausfliessen der gequollenen breiigen Massen zu befördern, drückt man das Lanzenmesser nach hinten gegen die Iris und macht so die Wunde klaffend.



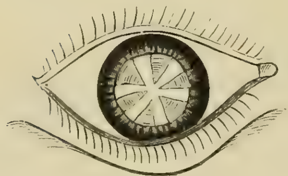
121.
Discissionsnadel (Stop-needle).

Vorzugsweise häufig erfordert der **Schichtstar** einen operativen Eingriff, wenn durch den Sitz desselben im Centrum der Pupille die Sehschärfe besonders herabgesetzt wird. Hier wird man oft in oben erwähnter Weise discidiren müssen. Gelegentlich kann sich auch die Extraction (s. unten) empfehlen, da sie Zeit erspart; jedoch wende man sie nur bei älteren und ruhigen Kindern an, da sonst leicht Complicationen (Glaskörperverlust, unvollständige Entleerung etc.) eintreten können. Wenn die Trübung nicht zu gross ist, kann man auch durch eine Iridectomie, welche eine freie periphere Linsenpartie (wie z. B. in Figur 120) blosslegt, genügende Sehschärfe schaffen. Man hat dann immer gegenüber der Vernichtung des Linsensystems den Vortheil, dass das Accommodationsvermögen den Kranken erhalten bleibt und diese nicht auf den Gebrauch von Starbrillen angewiesen sind, durch welche die verloren gegangene Brechung der Krystalllinse ersetzt werden muss. Wieviel ihnen eine zweckentsprechende Iridectomie an Sehvermögen schafft, kann man ungefähr wenigstens vorher feststellen, indem man mit Homatropin die Pupille stark dilatirt und durch einen breiteren stenopäischen Schlitz alsdann sehen lässt. Bei der Iridectomie wird ein

möglichst schmales Stück von Regenbogenhaut excidirt und der peripherste Theil derselben stehen gelassen. Es nähert sich dann die Oeffnung einem Schlitze, bei dem diejenigen Lichtstrahlen, welche durch die äusserste Linsenpartie gehen würden, durch den stehengebliebenen Irisrand noch abgehalten werden; hierdurch wird die Schärfe des Netzhautbildes vergrössert. Aber nicht immer wird eine bemerkenswerthe Erhöhung der Sehschärfe erreicht; der Vortheil besteht besonders darin, dass ein besseres Sehen bei directem Lichteinfalle, wo früher durch die Pupillencontraction die durchscheinenden Randpartien gedeckt wurden, stattfindet. An Stelle der Iridectomie kann man auch die Iridotomie machen. Hier liegt jedoch die Gefahr vor, dass man die Linsenkapsel mit der einen, hinter die Iris geführten Scheerenbranche verletzt. Um dies zu vermeiden, hat Schöler empfohlen, den Einschnitt in die Iris zu machen, nachdem man sie nach aussen vor die Corneawunde gezogen hat (praecorneale Iridotomie), und sie dann wieder in das Auge zu reponiren. Aber auch die Iridectomie gestattet bei entsprechender Ausführung, genügend kleine Pupillen zu machen.

III. Totale Linsentrübungen.

Vorzugsweise ist es das höhere Lebensalter, in dem sich ein totaler Star (Altersstar, Cat. senilis) entwickelt. Vor dem 40. Jahre ist derselbe — ohne besondere ätiologische Momente — verhältnissmässig selten; doch kommt totale Katarakt selbst angeboren vor.


122.

Die Consistenz der Corticalis ist verschieden. Man kann unterscheiden: eine breiige (etwa dem Buchbinderkleister entsprechend), eine harte (dem Wachs sich nähernd) und eine flüssige Beschaffenheit. Bei der Herausnahme der Katarakt streift sich die breiige Corticalis leicht vom Kerne ab, während die härtere ihm fester anhaftet und enger mit ihm verbunden ist. Aus dem Aussehen des Stares lässt sich meist schon vor der Extraction die Diagnose bezüglich der Consistenz stellen. Bei breiiger Corticalis zeigen sich breite perlmutterartige und opalescirende Speichen, welche ihre breite Basis der Linsenperipherie zugekehrt haben (Fig. 122); und ähnliche Platten in der Linse bei harter Corticalis treten schmälere, mehr weisse Speichen und Striche auf. Ist der Star überreif, so ist die Corticalis durch Wasserabgabe geschrumpft, zusammengebacken, hart und bröcklig geworden. Man sieht dann, wie oben erwähnt, in einer mehr gleichmässig grauen Masse intensiv weisse Striche, Punkte und Flecke. Die flüssige Corticalis, die man auch in überreifen

Staren antrifft, ist Product einer weiteren regressiven Metamorphose und durch ein Aussehen gekennzeichnet, welches am besten mit dem der Milch verglichen wird. Im Uebrigen kommen Mischzustände vor; besonders findet man öfter verflüssigte Massen in sonst zusammengebackenen, regressiven Staren.

Die Gesammtfarbe des Stares ist meist eine graue, wobei der etwa vorhandene Kern durch eine etwas gelbliche oder bräunliche Nüance, die übrigens bei Tageslicht besser als bei künstlicher Beleuchtung zu erkennen ist, nach Lage und Grösse hervortritt. Der Unterschied in der Farbe des Kerns und der Corticalis ist oft so gering, dass er übersehen werden kann. Und doch ist eine richtige Diagnose der Kerngrösse und Corticalconsistenz wegen der vorzunehmenden Operationsart von grosser Bedeutung. In seltenen Fällen nimmt das ganze Linsensystem bei der Kataraktbildung eine mehr bräunliche Färbung und bernsteinartige Beschaffenheit an, so dass die Pupille bei Tageslicht und oberflächlicher Betrachtung fast schwarz erscheint (Cataracta nigra). Es handelt sich hier um eine totale Sclerose, die noch ein gewisses Sehen dauernd gestattet; es fehlt das Quellungsstadium, jedoch sind die Stare ungewöhnlich gross. Ist bei einem Altersstar die Corticalis ganz verflüssigt, so kann der dunklere Kern darin Ortsveränderungen eingehen. Lässt man beispielsweise die Kranken Rückenlage einnehmen, so wird der dunkle Kern zurücksinken und das Pupillargebiet erscheint milchweiss; wird alsdann der Kopf unter Schütteln einige Zeit vornübergebeugt, so rückt der Kern gegen den vorderen Linsenpol, und man kann ihn nunmehr in der milchigen Umgebung wahrnehmen. Diese Starform hat den Namen Cataracta Morgagniana erhalten, indem man eine Analogie mit dem post mortem innerhalb der Linsenkapsel auftretenden Liquor Morgagni machte. Bildet sich bei jugendlichen Individuen eine totale Verflüssigung der Linsenmasse — also ohne dass ein Kern zurückbleibt —, so spricht man von Cat. lactea oder, falls die Kapsel sehr fest ist, von Cat. cystica; letztere Stare kann man bisweilen wie eine Cyste mit ihrem Inhalte aus dem Auge extrahiren. —

Während sich diese Formen in der Regel als spätere Folgen der regressiven Metamorphose einer sonst in gewohnter Weise mit allmählicher Trübung und Quellung des Linsensystems einhergehenden Kataraktbildung zeigen, giebt es eine Reihe anderer eigenartiger Starformen, die nach inneren Entzündungen des Auges (Cataracta complicata) auftreten. Gewöhnlich handelt es sich hier um lang bestandene Iritis, Cyklitis, Irido-Chorioiditis, Hyalitis oder Netzhautablösung. Sie sind hiernach auch von einer viel übleren prognostischen Bedeutung. Ihr Aussehen unterscheidet sie in der Regel von den vorher geschilderten

Staren, indem sie äusserst selten in ihrer Entwicklung die Speichenbildung der Corticalis und die scharfe Abgrenzung des Kernes erkennen lassen. Sie pflegen eine mehr gleichmässige, intensiv weisse, papierartige Beschaffenheit zu haben und als eine flache, zusammengedrückte, oft kalkartige Punkte oder Cholestearinkrystalle enthaltende Masse in dem in Folge hinterer Irissynechien oft verengten Pupillargebiet zu liegen; die Kapsel ist verdickt, getrübt. Man hat diese Formen, welche auch angeboren vorkommen, als Cat. calcarea, Cat. aridosiliquata (trockenhülsige Stare), oder bei Irisverwachsung auch als Cat. accreta bezeichnet. In anderen Fällen — und es trifft dies besonders bei Affectionen der tieferen Augengebilde, des Glaskörpers und der Netzhaut zu — ist die Pupille von gewöhnlicher Weite, die darin liegende Katarakt aber zeigt eine eigenthümlich gelbliche Färbung, ebenfalls ohne die charakteristischen Speichenformen. Bei einiger Uebung sind die Unterschiede der Formation in all diesen Fällen so auffallend, dass man nicht leicht derartige secundäre Katarakte mit uncomplicirten Staren verwechseln wird.

Ein ähnliches Aussehen, wie die zuerst beschriebene Form der complicirten Katarakte, zeigt in seinem Endstadium der traumatische Star. Wenn durch Eröffnung der Linsenkapsel das Kammerwasser Zutritt zur Linsensubstanz gewonnen hat, so tritt eine Quellung und Trübung der nächstliegenden Corticalmassen ein. Bei kleinen Kapselwunden kann nach Schluss derselben wieder eine mehr oder weniger ausgedehnte Lichtung der getrübten Linsensubstanz zu Stande kommen. Ist die Wunde grösser, so dringen aus ihr graue Flocken in die vordere Kammer, wo sie allmählich aufgesogen werden. Unter Umständen wird nach und nach das ganze Linsensystem getrübt und schliesslich resorbirt. Es bleiben aber in der Regel an der Kapsel noch trübe, härtere Massen zurück, die dann mit der Kapsel zusammen eine ziemlich feste und dicke grau-weissliche Membran im Pupillargebiet (Nachstar, Catar. secundaria) bilden. Die Anamnese oder auch Hornhautnarben werden hier auf die richtige Diagnose führen. —

Sehstörungen.

Die Sehstörung, welche der Star bewirkt, entspricht den von ihm gesetzten optischen Hindernissen; sie wird also verschieden sein nach der Ausdehnung und Art der Trübung. Einen gewissen Anhalt wird hierbei die Untersuchung mit dem Augenspiegel geben; je mehr der Ophthalmoskopiker vom Augenhintergrunde erkennt oder je mehr rothes Licht von letzterem noch reflectirt wird, um so besser muss auch das Sehen des Patienten sein.

Zur Diagnose etwa vorhandener Complicationen, die auf

das Sehvermögen Einfluss haben, muss eine genaue Prüfung der qualitativen, bezw. quantitativen Lichtempfindung angestellt werden. Selbst bei einem vollständig getrübten Linsensystem, bei dem kein rothes Licht mehr vom Augenhintergrunde bei der ophthalmoskopischen Untersuchung zurückkommt, muss der Kranke mindestens noch „kleinste Lampe“ (vgl. Amblyopie und Amaurose) auf etwa $^1/_3$ m erkennen können. Sieht der Kranke erst die Lampe, wenn sie höher geschraubt ringsherum mit hellgelber Flamme brennt — also sogenannte kleine Lampe —, so ist eine Complication (etwa mit Netzhautaffectionen, Sehnervenleiden oder Glaukom) zu vermuthen. Wie man sich selbst leicht überzeugen kann, empfindet ein normales Auge das Hell und Dunkel der kleinen Lampe noch bei geschlossenen Lidern. Eine Complication des grauen Stares ist weiter anzunehmen, wenn das Gesichtsfeld nicht frei ist. Man muss zur Prüfung desselben die Lampe etwas höher schrauben und hält sie dann nach den verschiedenen Richtungen hin, indem man das Licht der Lampe bald mit der Hand verdeckt und bald wieder frei lässt. Es muss die Richtung (rechts, links, oben oder unten) exact angegeben werden, wenn wir gewiss sein sollen, dass schwerere Complicationen fehlen. Nur eine Ausnahme ist zuweilen zu constatiren. Wenn nämlich lange Zeit ein einseitiger Star bestanden hat, kann nach der nasalen Seite hin, die ja in das Gesichtsfeld des sehenden Auges fällt, die Projection verloren gehen oder unsicher werden, ohne dass eine schwerere Complication besteht.

Die Erfüllung der eben besprochenen Erfordernisse schliesst jedoch das Bestehen leichterer Complicationen, beispielsweise von Glaskörpertrübungen, Chorioiditis centralis, einer Amblyopie aus Nichtgebrauch bei schielenden Augen nicht aus. Ja bei jugendlichen Individuen mit angeborenen oder frühzeitig entstandenen Katarakten kann sogar trotz exacter Lichtempfindung hochgradige Amblyopie vorhanden sein: selbst eine glückliche Operation vermag in diesen Fällen das Sehvermögen nur wenig zu heben.

Die meisten Kataraktösen sind übrigens trotz vollkommener Starreife noch im Stande, in nächster Nähe Finger zu zählen oder wenigstens Zahl oder Bewegung der Hände zu erkennen. —

Abgesehen von dieser subjectiven Prüfung wird uns das Aussehen der Katarakte und der Augen selbst weiter über etwaige Complicationen belehren, ebenso auch die mehr oder minder exacte Reaction der Pupillen auf Lichteinfall. Sehr verdächtig ist immer eine weite und starre Pupille; hier ist neben Amaurose auch besonders auf Glaukom als Complication zu achten. —

Gewöhnlich kommen aufmerksame Patienten mit Star schon frühzeitig zum Arzt, da die Trübungen sich am häufigsten auf beiden Augen

zugleich einstellen und so das Sehvermögen herabsetzen. Die Fälle, in denen ein Auge vollkommen reifen Star hat, während das andere ganz frei ist, sind seltener: hier werden die Kranken ihr Leiden leichter übersehen. — Auch eine gewisse Myodesopsie findet sich bei Starkranken, indem sie dunkle Flecke, Striche u. s. w. wahrnehmen, welche den Schatten der objectiv sichtbaren Linsentrübungen entsprechen; ebenso kann Polyopie auftreten. Bisweilen wird über eine Aenderung in der Farbenwahrnehmung geklagt, die durch die gelbliche oder bräunliche Trübung des Kernes bedingt ist. — Je centraler die Trübung liegt, um so schlechter ist das Sehen, besonders bei enger Pupille. Diese Kranken geben dann an, dass sie bei trübem Wetter und im Schatten, wo die Pupille sich natürlich erweitert und so das Licht durch die durchsichtigen Randpartien eindringt, besser sehen. Sie tragen daher auch gern einen Augenschirm oder eine blaue Brille und gehen, um das Auge zu beschatten, mit vornübergebeugtem Kopf. In anderen Fällen, wo die Trübungen besonders in der Corticalis sitzen, können durch Verengung der Pupille die etwa entstehenden Zerstreuungskreise ausgeschlossen werden. Hier wird gerade umgekehrt im hellen Lichte ein besseres Sehen vorhanden sein.

Aetiologie.

1) Acute und chronische Augenaffectionen. In Folge von Iritis, Irido-Chorioiditis und Irido-Cyklitis sind, wie wir gesehen, eigenthümlich gestaltete Kataraktformen nicht selten. Bei Glaskörperleiden, wie sie bei Sclerotico-Chorioiditis posterior öfter vorhanden sind, kommt es auch zu Katarakten, die, am hinteren Pole beginnend, zu einem regelmässigen Totalstar führen können. Bei lange bestehender ausgedehnter Netzhautablösung, die allerdings meist mit Glaskörperleiden complicirt ist, ist es fast Regel, dass sich noch schliesslich Katarakt hinzugesellt. Ebenso complicirt sich Glaukom nicht selten mit Katarakt, sowohl in einem Stadium, wo noch ein relatives Sehvermögen vorhanden ist, als auch später, wenn der glaukomatöse Process bereits zur Amaurose geführt hat. — Heftige eitrige Entzündungen (eitrige Chorioiditis, Panophthalmitis) haben fast immer eine Trübung und Zerstörung des Linsensystems zur Folge, so dass schliesslich nur noch eine graue, schmale Platte übrig bleibt. Auffallend ist auch, dass nach Hypopyon-Keratitis, besonders wenn die quere Durchschneidung des Geschwürs gemacht ist, sich gar nicht selten partielle und später auch totale Katarakt entwickelt. Aber auch ohne die quere Durchschneidung sieht man die Kapsellinsentrübungen entstehen. Die Hauptursache derselben scheint mir in dem langen Aufliegen von Hypopyen auf der Kapsel und die Berührung dieser mit dem Hornhautulcus bei Kammerabfluss zu liegen, wodurch

Ernährungsstörungen gesetzt werden. Daneben können auch sehr zarte, traumatisch entstandene Kapselrisse eine Rolle spielen (Deutschmann).

2) Das Lebensalter. Die Totalkatarakt kommt vorzugsweise häufig nach dem 50. Lebensjahre vor; selbst über siebzigjährige Kranke, bei denen sich noch Katarakt entwickelt, sind nicht selten. Es ist eine Alterskrankheit; öfter kann man beobachten, dass sie eintritt, wenn die schon rückgängige Körperkraft durch anderweitige Krankheiten oder geistige Depression, Kummer u. s. w. noch mehr geschwächt worden ist. Aber auch jüngere Individuen, selbst noch in den dreissiger Jahren, werden bisweilen von Katarakt befallen, die den Typus der Altersstare zeigt, wenngleich sie sich meist schneller entwickelt, ohne dass besondere ätiologische Momente vorhanden sind.

3) Diabetes mellitus. Wenn man den Urin der Starkranken untersucht, so findet man nicht selten Zuckergehalt; es werden so Diabetiker entdeckt, bei denen sonstige ausgesprochene Symptome der Zuckerruhr fehlen. Besonders verdächtig sind Starkranke im jugendlichen Alter. Die anatomische Untersuchung dieser Stare hat ein eigenthümliches Verhalten der in den Linsenfasern gelegenen Kerne gegen Farbstoff (— so reagiren sie fast gar nicht gegen Alauncarmin und Hämatoxylin —) gezeigt (Becker); ebenso auffallend war eine starke ödematöse Aufquellung des Pigmentbelages der hinteren Irisfläche. Weiter ist Zucker sowohl in der kataraktösen Linse als auch in den Augenflüssigkeiten gefunden; erst neuerdings habe ich denselben in reicher Menge im Glaskörper constatiren können. Dass die Kataraktentstehung auf eine grössere Concentration der die Linse umgebenden Flüssigkeiten und eine hierdurch bewirkte Wasserentziehung aus der Linsensubstanz zurückzuführen sei, ist für die Mehrzahl der Fälle unwahrscheinlich, wenngleich nach Kunde's Untersuchungen, die von Heubel bestätigt werden, auch subcutane Kochsalzeinspritzungen bei Fröschen Linsentrübungen verursachen. Eher ist an eine, durch Hyperämie des Ciliarkörpers bedingte Ernährungsstörung zu denken.

In einzelnen Fällen von Katarakt besteht auch Albuminurie, doch ist nach statistischen Zusammenstellungen Becker's eine ätiologische Verbindung beider nicht wahrscheinlich.

4) Ergotismus. Bei einigen Epidemien von Kriebelkrankheit wurde das Auftreten von Katarakt beobachtet (J. Meier). In einer von mir in Hessen beobachteten habe ich einen einzigen Fall von Kataraktbildung bei einer verhältnissmässig jungen Frau, die übrigens auch starke Krampfanfälle gehabt hatte, constatiren können. Auch fehlen sonstige bestätigende Angaben betreffs des Einflusses des Ergotismus.

5) Bei gewissen Hautaffectionen sah v. Rothmund complicirende Katarakte.

6) Krämpfe, epileptischer und hysterischer Form, bestehen in auffallender Häufigkeit bei Kataraktösen im jugendlichen oder mittleren Lebensalter. Nicht selten ist anfänglich nur der Kern befallen, während die Peripherie lange ungetrübt bleibt; aber es kommen auch Stare vor, wo die Corticalis zuerst erkrankt. Wie oben erwähnt, gehen Krämpfe auch häufig dem Schichtstar voraus.

7) Atherom der Carotis (Michel). Jedoch dürfte nach den Untersuchungen Anderer (Becker), denen ich mich anschliessen kann, dieses Moment keine hervorragende ätiologische Bedeutung haben.

8) Heredität. Beispielsweise kenne ich eine Familie, in der die Mutter und drei Söhne in höherem Lebensalter kataraktös wurden; in einer anderen liess sich die Kataraktentwickelung durch mehrere Generationen verfolgen.

9) Traumen. Es handelt sich entweder um secundäre Ernährungsstörungen durch Lockerung der Zonula u. s w. oder um directe Verletzungen, indem die Kapsel reisst oder Verschiebungen der Linsenfasern, ähnlich wie bei der künstlichen Reifung durch Massage, eintreten. Letztere, durch Contusion bewirkt, können oberflächliche graue, schnell vorübergehende Trübungen (Magnus) zur Folge haben; in anderen Fällen zeigen sich eigenthümliche sternförmige Figuren in der Corticalis, die sich ebenfalls wieder aufhellen können. — In gewissem Sinne ist hierher auch das Auftreten von Katarakten nach Blitzschlag zu rechnen; gewöhnlich ist damit Mydriasis, Accommodationslähmung und Neuritis optica mit nachfolgender Atrophie verknüpft. Nach Experimenten von C. Hess dürften die Linsentrübungen meist Folge der Ertödtung einer grösseren oder kleineren Gruppe von Kapselepithelien und der dadurch bedingten Veränderung der Ernährungsverhältnisse der vorderen Linsenfasern sein. —

Ferner hat man bei jugendlichen Glasarbeitern auffallend häufig Katarakte gefunden, die Meyhöfer mit der stark vermehrten Wasserabgabe in Zusammenhang bringt, welche diese Arbeiter durch die beträchtliche Transpiration erleiden; möglicherweise handelt es sich aber um den directen Einfluss des Feuers, da meist das diesem zugewandte Auge zuerst kataraktös wird. — Bei Kaninchen gelingt es durch Fütterung mit Naphthalin eine Starbildung (neben Synchysis und weissen Plaques in der Netzhaut) künstlich zu erzeugen (Bouchard).

Therapie.

Bei sehr geringen Trübungen der Linse wird der Arzt zu erwägen haben, ob er dem Patienten gleich die Diagnose „grauer Star“ mittheilen soll. Einmal können einzelne Speichen lange und selbst dauernd

stationär bleiben, besonders wenn sie ganz scharf umgrenzt in durchsichtiger Substanz sich befinden, andererseits sieht man dieselben in den höchsten Lebensaltern sehr häufig, ohne dass die Patienten eine erhebliche Zunahme oder ja ein Reifwerden des Stares erleben. Wozu also ihnen den Blick in die Zukunft mit dem Schreckensgespenst „Grauer Star" verdüstern? Es wird schlimmsten Falls — um sich selbst gegen rücksichtslosere Diagnosenstellung anderer Aerzte zu schützen — genügen, wenn man den Kranken mittheilt, dass sie kleine Trübungen in der Linse hätten, ohne eben den Ausdruck grauer Star zu gebrauchen. Auch kann man der Umgebung Mittheilung machen.

Bei unreifen Staren wird man vor Allem suchen, durch optische Mittel das Sehvermögen möglichst zu heben, so etwa durch Correction vorhandener Refractionsanomalien mittels passender Brillen. Sehr oft nämlich stellt sich eine Brechungszunahme während der Kataraktbildung ein, Emmetropen werden meist kurzsichtig. Für die Nähe wird eine Besserung der Sehkraft nöthigenfalls mit starken Convexgläsern oder Lupen zu erstreben sein. Ist bei weiter vorgeschrittener Trübung vorzugsweise der Kern befallen, die Corticalis aber noch frei, so kann durch künstliche Pupillenerweiterung, sei es mittels eines Mydriaticums oder einer Iridectomie, das Sehen gehoben werden. Auch dunklere Gläser nützen hier, indem sich unter ihnen die Pupille erweitert. Ferner wird man die Allgemeinconstitution des Patienten berücksichtigen, um ihn in einen möglichst guten Gesundheitszustand zu versetzen, der für den Ausfall der späteren Operation von Bedeutung ist. Personen, die übermässig stark oder zu Congestionen geneigt sind, werden entziehend, andere roborirend zu behandeln sein. Gegen sonstige Allgemeinleiden, die mit der Kataraktbildung in directerer Beziehung stehen, wie etwa Diabetes, ist einzuschreiten. Ferner werden örtliche Affectionen zu heben sein, so Katarrhe der Conjunctiva u. s. w. Besonders beachte man alte Thränensackleiden, da deren Secret leicht später die Operationswunde inficirt und so zu Vereiterungen führen kann.

Ob die fortgesetzte Einträufelung einer Jodkalilösung (0·1 auf 10·0) eine Verlangsamung im Fortschreiten des Stares bewirkt, lässt sich schwer feststellen: ich glaube jedoch (in Uebereinstimmung mit Arlt und Pagenstecher, welche Jodkalisalbe in die Umgebung des Auges einreiben lassen), gelegentlich diese Wirkung beobachtet zu haben. Jedenfalls ist das Mittel schadlos (ich lasse 4 Wochen einträufeln und dann 14 Tage aussetzen, um Conjunctivalreizungen zu vermeiden) und dient dem Patienten oft zur Beruhigung.

Bei sehr langsam fortschreitenden Staren, die aber erhebliche Sehstörungen setzen, kommt man gelegentlich in die Lage, die Reifung befördern zu müssen, um eher operiren zu können. Oft nimmt die

Trübung schon nach der Ausführung einer Iridectomie schneller zu. Förster empfiehlt, um eine Art Zertrümmerung der Linsenmassen herbeizuführen, mit der Iridectomie nach Abfluss des Kammerwassers noch die Tritur (Massage) der Linse zu verbinden, indem man mit einem Schielhaken auf der Cornea reibt. Wie Thierexperimente gezeigt haben, wird hierbei die Trübung eingeleitet durch Degenerationsvorgänge im Kapselepithel und Lückenbildung zwischen den verschobenen Linsenfasern (O. Schirmer). Es genügt, statt der Iridectomie einfach die Paracentese der Kammer der Tritur vorauszuschicken. Das Verfahren, welches aber gelegentlich auch zu iritischen Reizungen Anlass geben kann, ist oft nützlich. Jedoch bedarf man bei Individuen über 60 Jahre der künstlichen Reifung nicht, da sich bei ihnen auch die nicht ganz getrübten Linsen gut entleeren; man kann daher hier schon operiren, wenn die Sehschärfe in irgend erheblicherer Weise durch die Starbildung herabgesetzt ist.

Eine definitive Heilung und Wiederklärung eines ausgesprochenen Stares (traumatisch entstandene, umschriebene Linsentrübungen sieht man nach Wiederverschluss der Kapsel bisweilen verschwinden) steht in der Regel nicht zu erwarten. Nur in wenigen Fällen hat man eine vollkommene Resorption uncomplicirter überreifer Stare unter Entstehung von Cholestearinkrystallen innerhalb der unverletzten Kapsel beobachtet; es scheint immer erst eine Verflüssigung vorangegangen zu sein (Brettauer, Mitvalsky, v. Hippel jun. u. Andere). Ich selbst habe mehrere solcher Fälle gesehen.

Beim Star nützt nur die Operation. Dieselbe giebt eine relativ sehr günstige Prognose. Man kann etwa 85—90 Procent „gute“ Erfolge rechnen, d. h. die Patienten kommen mindestens zum Lesen mittlerer Schrift, 7—12 Procent „halbe“ Erfolge, wo Finger noch in grösserer Entfernung gezählt werden, und 3 Procent Verluste. Suppuration des Auges habe ich in den letzten zehn Jahren nur in sehr wenigen Fällen nach der Extraction eintreten sehen: ausgenommen einen Fall, wo eine stark absondernde Conjunctivitis bestand, handelte es sich stets um Fälle, bei denen ein chronisches Thränensackleiden bestand, aber übersehen worden war. In den Fällen, wo es erkannt und behandelt war, ist nie Infection erfolgt. — Ist nur ein Auge starkrank, das andere aber gesund, so wird die Operation in der Regel nicht besonders anzurathen sein. Der Nutzen, dass das Gesichtsfeld sich nach der Seite des operirten Auges hin vergrössert, erscheint gegen die möglichen Nachtheile nicht gross genug, zumal ein vollkommener binocularer Sehact bei der Ungleichheit der Refraction doch fast nie hergestellt wird. Bisweilen — wenn auch bei weitem nicht immer — stört sogar das operirte Auge das gesunde beim Sehen. Auch könnten nach der Ope-

ration Entzündungen entstehen (Iridocyklitis), welche das gesunde Auge auf sympathischem Wege schädigten. Es wird demnach nur dem ausdrücklichen Verlangen der Kranken nach Ausführung der Operation Folge zu geben sein. Anders verhält es sich, wenn das zweite Auge schlecht sieht und vielleicht ebenfalls beginnende Katarakt zeigt; hier wird man ohne Anstand extrahiren.

Hatten beide Augen reife Katarakte, so kann man, besonders bei günstigem Operationsverlauf am ersten Auge, beide Augen in einer Sitzung operiren. Vorsichtiger ist es aber, die Heilung des ersten Auges abzuwarten und etwa nach sechs oder acht Tagen die zweite Operation nachzuschicken. Es können unvorhergesehene Ereignisse eintreten, z. B. Delirien der Kranken, welche die Heilung ernstlich in Frage stellen und bei gleichzeitiger Operation beide Augen schädigen würden. Auch lässt sich bei üblem Heilungsverlauf auf einem Auge vielleicht bei der zweiten Operation die eine oder andere Schädlichkeit vermeiden.

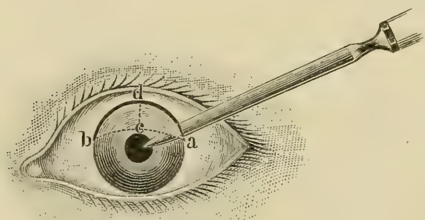
Staroperationen.

Lappen- und Graefe'sche periphere Linearextraction. — Die radicalste Operation des Stares besteht in seiner Entfernung (Extractio). Jacob Daviel (1748) in Marseille war der Erste, welcher die Herausnahme der Katarakt durch einen grossen, in der durchsichtigen Hornhautperipherie liegenden Schnitt methodisch übte. Er trennte mehr als die Hälfte der Hornhaut, eröffnete so die vordere Kammer und liess die Linse aus ihrer angeritzten Kapsel heraus.

Zwei Hauptmethoden der Extraction kommen je nach der Form des Schnittes, der zur Herauslassung der Linse naturgemäss in der Hornhaut oder im Hornhautlimbus liegen muss, in Betracht: die Lappenextraction und die Linearextraction. Letztere erstrebt einen Schnitt, der möglichst einer geraden Linie gleichkommt. Es ist das nur zu erreichen, wenn dieser Schnitt in einen „grössten Kreis" der Kugeloberfläche des Auges fällt, weil die kürzeste, also am meisten der geraden Linie sich nähernde Verbindung zweier Punkte auf einer Kugeloberfläche immer in einen grössten Kreis derselben fällt. Der grösste Kreis, der durch zwei Punkte einer Kugeloberfläche geht, befindet sich in einer Ebene, welche durch diese Punkte und den Mittelpunkt der Kugel gelegt ist. Wenn beispielsweise (Figur 123) a der Punkt ist, an welchem das Messer eingestossen wird, und b der Ausstichspunkt, so würde die zwischen a und b liegende punktirte Linie (a c b) etwa in einen grössten Kreis fallen, denn eine durch a und b und den Mittelpunkt der Hornhautkrümmung gelegte Ebene würde die Ober-

fläche in diesem Kreistheil schneiden. Ein Linearschnitt zwischen a und b wird demnach in dieser Richtung verlaufen. Würde man aber andererseits, nachdem das Messer bei b wieder ausgestossen ist, parallel der Iris am Cornealrand den Schnitt führen, wie es durch die ausgezogene Linie a d b angedeutet ist, so erhalten wir einen Lappenschnitt: a c b d ist der gebildete Lappen. Als „Höhe des Lappens" bezeichnet man die Grösse des Lothes d c, welches von dem höchsten Punkt d des Lappenschnittes auf den linearen Schnitt gefällt wird. Je mehr der Lappenschnitt von dem letzteren abweicht, um so grösser ist die Lappenhöhe: so spricht man von einer Lappenhöhe von 1, 2 und mehr Millimetern.

Jeder Schnitt muss so gross sein, das die kataraktöse Linse, welche in ihrem horizontalen Durchschnitt eine Ellipse bildet, bequem heraus kann. Beim Lappenschnitt erfolgt der Austritt so, dass der Lappen der Hornhaut von der Sclera abgebogen wird. Die Länge des Schnittes wird hier also annähernd den Durchmesser der Katarakt von rechts nach links, beispielsweise 8 bis 9 mm haben müssen, während die Lappenhöhe mindestens gleich dem Durchmesser der Katarakt von hinten nach vorn, z. B. 3 bis 4 mm, sein muss. Wenn man den horizontalen Querdurchmesser der durchsichtigen Hornhaut — ohne den Sclerallimbus, der sich zu jeder Seite etwa 0·5 mm herüberschiebt — mit 11 mm annimmt, so würde ein die Hälfte der Hornhautperipherie einnehmender Lappenschnitt (Lappenhöhe über 5 mm) sogar das Maass der grössten Katarakt überschreiten. Allerdings ist zu beachten, dass die Ausdehnung der Wunde in der Membrana Descemetii (innere Hornhautwunde) etwas kleiner ausfällt als die in der äusseren Hornhautschicht (äussere Hornhautwunde). Soll die Katarakt aber durch einen Linearschnitt treten, so muss letzterer zum Klaffen gebracht werden. Es wird dies dadurch erreicht, dass die beiden Endpunkte etwas näher gegen einander rücken und so eine ellipsoide Oeffnung entsteht. Die Schnittlänge muss demnach grösser sein als der Linsendurchmesser, bei 9 mm Durchmesser etwa gleich 10 mm. Ein Linearschnitt von solcher Länge lässt sich nur ausführen, wenn man ihn quer durch die Hornhaut legt. Will man den Schnitt, wie es gewöhnlich geschieht, zum grösseren Theil in den Hornhautrand legen, so wird man von einer absoluten Linearität absehen müssen: die meisten der sogenannten Linearschnitte sind daher eigentlich keine Linearschnitte, sondern Lappenschnitte, allerdings von nur geringer Lappenhöhe. Als besonderer Vorzug der Linearschnitte ist zu betrachten, dass ihre Neigung zum Klaffen eine geringere ist als bei Lappenschnitten: ein starker intraocularer Druck kann bei letzteren eher ein Abheben des Lappens veranlassen. —



123.

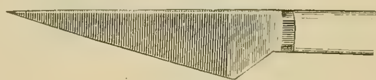
Man legt den Schnitt bei der Lappen- und peripheren Linear-Extraction in die obere oder untere Hälfte der Cornea (bezw. des Scleral-

limbus). Die beste Deckung durch das Lid erfährt er, wenn er oben liegt: dies ist besonders von Nutzen, wenn eine künstliche Pupille zum Theil verdeckt werden soll. Allerdings ist die Ausführung etwas schwieriger, weil die Augen bei der Operation meist Tendenz haben, nach oben zu fliehen. Bei der Lage des Schnittes nach unten ist es öfter unbequem, dass bei alten Leuten unter dem Verbande ein spastisches Entropium eintritt, so dass die Lidkante sich gegen die Wunde legt.

Die Grösse des Schnittes wird sich nach der Grösse und Consistenz der Katarakt zu richten haben. So wird eine weiche Corticalis, die sich beim Durchtritt verschiebt und der Wunde entsprechend umformt, eine kleinere Oeffnung erfordern als eine harte. Ebenso ist die Grösse des Kerns von Bedeutung.

Ausführung der Extraction.

Wir unterscheiden als Operationsacte 1) die Schnittbildung, 2) die Kapseleinreissung (Cystitomie), 3) die Linsenentbindung. Zwischen den ersten und zweiten Act schiebt sich die Iridectomie ein, wenn dieselbe angezeigt erscheint. Sie wird immer nöthig sein, wenn der Schnitt so peripher, d. h. so nahe dem Scleralrande fällt, dass die Iris durch das abfliessende Kammerwasser hinausgedrückt wird und prolabirt. Ferner erleichtert sie den Linsenaustritt und die vollständige Entleerung der Corticalis; auch wird durch sie der Gefahr einer durch Quellung restirender Massen veranlassten Iritis vorgebeugt und ein Einheilen der Iris in die Wunde eher vermieden. Als Nachtheile sind die Verunstaltung der Pupille, der Einfall peripherer Lichtstrahlen, der aber bei kleinen Pupillen nach den bisherigen Erfahrungen keine Verringerung der Sehschärfe gegenüber den mit runder Pupille Operirten bewirkt, und gelegentlich Blendungserscheinungen zu betrachten.

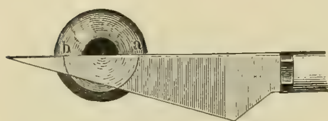


124.
Beer'sches Starmesser.

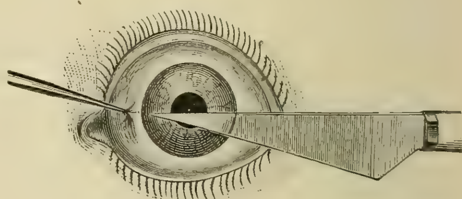
a) Den Lappenschnitt führt man meist mit einem dreieckig gestalteten Messer (etwa dem Beer'schen Starmesser, Figur 124) aus. Nachdem die Lider durch einen Sperrelevateur oder mittels der Finger vom Bulbus abgezogen, wird dieser vom Operateur mit der Fixationspincette gefasst. Nach der alten Methode soll der Schnitt etwa $^1/_2$ mm central vom Scleralimbus ganz in die durchsichtige Hornhaut fallen. Man wird ungefähr in dem horizontalen Meridian der Cornea einstechen (Punctionsstelle Figur 125a) und quer durch die vordere Kammer an

der anderen Seite (Contrapunction b) ausstechen. Indem man das Messer alsdann weiter schiebt, durchschneidet es in Folge seiner keilförmigen Gestalt die ganze Hornhaut. Je nachdem man die Schneide noch oben oder nach unten gewandt, erhält man einen oberen oder einen unteren Lappen.

1863 schlug Jacobson vor, den Schnitt nicht in die durchsichtige Hornhaut, sondern in den Sclerallimbus (Figur 126) zu legen. Da man hierbei auf jeder Seite etwa $^1/_2$ mm an Länge des Schnittes gewinnt, so kann man etwas entfernter (2 mm höher oder tiefer) vom horizontalen Hornhautdurchmesser Ein- und Ausstich machen. Die geringere Höhe des Hornhautlappens und dadurch verminderte Neigung zum Klaffen, weiter auch die günstigeren Heilungsbedingungen für die im Sclerallimbus liegenden Wunden schafften diesem Verfahren grosse



125.
Extraction mit Corneallappen.



126.
Lappenextraction im Sclerallimbus nach Jacobson.

Verbreitung. Allerdings fordert die stark periphere Schnittlage eine Excision der Iris. —

In den letzten Jahren ist der Hornhautlappenschnitt ohne Iridectomie wieder sehr in Aufnahme gekommen. Aber abweichend von der älteren Methode legt man den Schnitt jetzt meist gerade in den Rand der durchsichtigen Hornhaut und trennt mit ihm etwa $^2/_5$ der Peripherie; man kann sich hier mit Vortheil des Graefe'schen Messers (s. Fig. 127) bedienen. Die Anwendung von Eserin unterstützt das Zurückhalten der Iris in ihrer normalen Lage. Es ist nicht zu leugnen, dass derartig operirte und mit runder Pupille gutgeheilte Augen kosmetisch und optisch einen Vorzug vor den iridectomirten haben. Der Nachtheil des Verfahrens liegt jedoch darin, dass einmal die Entleerung abgestreifter Corticalismassen schwieriger ist, vor Allem aber, dass die Iris, selbst wenn sie nach der Operation ganz normal liegt, noch oft in der Heilungsperiode vorfällt. Die nachherige Abtragung des Prolapses ist aber nicht immer gefahrlos. Besonders ist ein Prolaps bei stärkerem intraocularem Drucke und bei hustenden und unruhigen Patienten zu befürchten; oft ist aber gar keine bestimmte Veranlassung festzustellen. Man wird

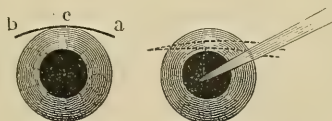
demnach die Indication für den Hornhautlappenschnitt ohne Iridectomie zu individualisiren haben. Besonders geeignet ist er bei härteren Katarakten, bei denen sich die Corticalis nicht leicht abstreift, und bei ruhigen Patienten. Ein besonderes Zurückziehen der durch die Katarakt vorgestülpten Iris mittels Haken zu besserer Entbindung halte ich nicht für nöthig. Wenn die Pupille nach der Extraction nicht ganz rund wird und die Iris sich theilweise der Wunde nähert, so mache man noch nachträglich die Iridectomie.

b) Die Anwendung des Linearschnittes auch auf Extraction von Altersstaren wurde hauptsächlich durch A. v. Graefe (periphere Linearextraction 1865) vertreten. Graefe bediente sich dazu eines strohhalmartigen Messers (Figur 127). Die Punction geschah (bei der Ausführung des Schnittes nach oben) 1·0 mm vom Hornhautrande entfernt im Sclerallimbus an einem Punkte (a Figur 128), der sich circa 1·5 mm unter der Tangente befand, die man sich an dem höchsten Punkt der Hornhaut gelegt dachte. Der Einstich wurde mit gerader



127.

v. Graefe's Linearmesser.



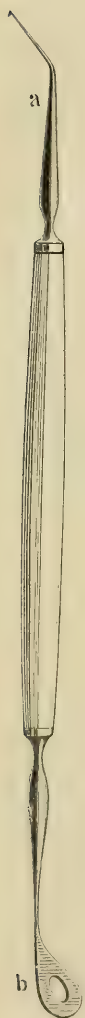
128.

Periphere Linearextraction nach v. Graefe.

Richtung der Spitze zur Pupillenmitte gemacht und dann erst durch Senken des Griffes nach der Contrapunctionsstelle (b) weiter geschoben. Die Vollendung des Schnittes erfolgt durch Vor- und Rückwärtsschieben des Messers, indem die Schneide von ihrer bisher nach oben gerichteten Lage etwas nach vorn gedreht wird, so dass der höchste Punkt des Schnittes (c), in der Tendenz der Linearität, noch etwas in die durchsichtige Hornhaut fällt. Das Zielen nach der Pupillenmitte beim Einstich hat die Folge, dass die innere Hornhautwunde ebenso gross wird als die äussere.

Allmählich hat man sich — und v. Graefe selbst — von der strengen Linearität etwas entfernt, da der Schnitt für eine ausreichend grosse Wunde zu sehr dem Corp. ciliare genähert werden musste. Hierdurch entstand leicht Glaskörpervorfall; auch ist grössere Gefahr einer secundären Cyklitis vorhanden. — Die meisten Operateure sind jetzt unter Beibehaltung des schmalen Messers und der Einführung desselben mit der Richtung nach der Pupillenmitte hin zu einem flachen Lappenschnitt übergegangen. Man legt Punctions- und Contrapunctionsstelle

circa $^1/_2$ mm vom durchsichtigen Hornhautrande entfernt in den Scleral-limbus und durchschneidet unter geringer Drehung der Messerschneide nach vorn die Cornea so, dass der Scheitel des Lappens gerade die durchsichtige Hornhautgrenze trifft. Einstich und Ausstich liegen, je nach der Grösse des Stares, 2 bis 3 mm über (bezw. unter) dem horizontalen Durchmesser der Cornea.



129.
v. Graefe's Cystitom mit Schmidt-Rimpler's Linsenlöffel.

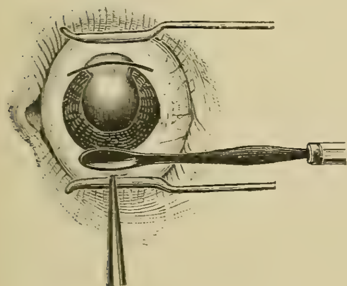
Bei der peripheren Lage des Schnittes fällt hier sowohl wie auch bei dem Lappenschnitt im Hornhautlimbus (Jacobson) die Iris leicht in die Wunde. Bei beiden Methoden muss demnach iridectomirt (zweiter Act der Operation) werden. Nachdem man die geschlossene Fixationspincette dem Assistenten übergeben, fasst man mit der Irispincette die Iris und schneidet sie mit der Scheere ab. Doch empfiehlt es sich nicht, ein zu grosses Stück zu excidiren. Immer sehe man darauf, dass keine Iris in der Wunde liegen bleibt und dass die Ecken des pupillaren Randes des Sphincters sich wieder aus der Wunde herausziehen. Nöthigenfalls ist vorsichtiges Eingehen mit einem kleinen Spatel oder Einträufeln von Eserin angezeigt, um cystoide Vernarbungen zu verhüten.

Den dritten Act der Extraction bildet die Cystitomie, die Eröffnung der Linsenkapsel. Man bedient sich hierzu des flietenförmigen Cystitoms (Figur 129a) von Graefe's (oder des mit zwei Häkchen versehenen Cystitoms von Ad. Weber) und macht in die Kapsel einen möglichst ausgiebigen Querschnitt. Die Schnitte in der Kapsel können auch so geführt werden, dass in der Mitte ein viereckiges Stückchen durch sie umschrieben wird, welches mit der Linse das Auge verlässt. Um ein Hineinfallen und Einheilen der Kapsel in die Wunde zu verhüten und andererseits nach dem Heraustreten der Linse den Wiederverschluss des Kapselsackes, der dann das schädliche und reizende Aufquellen der restirenden Corticalmassen hindert, zu erleichtern, wird von Knapp systematisch nur ein, der Cornealschnittwunde parallel verlaufender peripherer Einschnitt in den Kapselsack gemacht; in der Regel tritt aber bei diesem Verfahren Nachstar auf, der später discidirt werden muss. Es empfiehlt sich jedoch diese Art des Kapselschnittes immer beim Morgagni'schen Star, um den in der Flüssigkeit schwimmenden Kern schnell und sicher herauszubekommen. Um grössere

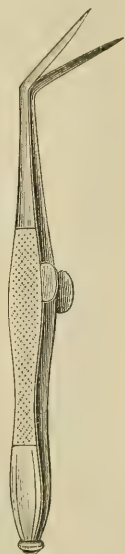
Kapselstücke herauszureissen, kann man sich mit Vortheil der Kapselpincetten bedienen.

Im vierten Act erfolgt die Entbindung der Linse, indem man mit einem Löffel (Figur 129 b), der an dem Cystitomgriff angebracht ist, auf die Cornea und zwar in der Gegend des der Schnittwunde gegenüberliegenden Linsenrandes drückt. Hierdurch wird der der Wunde nächstliegende Rand nach vorn gestellt und tritt in diese ein. Durch weiteres Streichen nach der Wunde zu wird die ganze Linse herausgeschoben. An Stelle des v. Graefe'schen Kautschuklöffels (Figur 130) verwende ich den in Figur 129 abgebildeten Metalllöffel, der zugleich geeignet ist, wenn es noththut, in das Auge einzugehen, um die Linse direct zu fassen und zu extrahiren.

Sind keine Corticalmassen zurückgeblieben, so ist die Operation hiermit vollendet; andernfalls sucht man dieselben durch Druck mit dem Löffel oder auch, nach Herausnahme der Lidelevateure, mittels Drückens und Schiebens mit dem entsprechenden Lide, während


130.


131.
Weber's Drahtschlinge.


132.
Scheere von Wecker.

das andere Lid durch Druck auf den skleralen Wundrand die Wunde etwas klaffend macht, zu entfernen. Eine sorgfältige Entleerung der zurückgebliebenen Massen ist von grosser Wichtigkeit für den Heilungsverlauf; besonders aber achte man darauf, dass nicht grössere Reste in oder dicht an der Wunde liegen bleiben. Neuerdings hat man auch Ausspülungen der vorderen Kammer mit lauer, 1proc. Borsäurelösung oder sterilisirter, physiologischer Kochsalzlösung zu diesem Zwecke vorgenommen; das Verfahren ist meist unnöthig, bisweilen gefährlich.

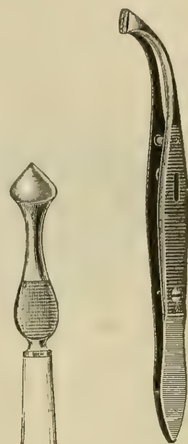
Von ungünstigen Ereignissen bei der Operation sei zuerst der Glaskörpervorfall hervorgehoben, wenn er dem Linsenaustritt vorangeht. Hier muss sofort, gleichgültig, ob cystitomirt ist oder nicht, mit dem Linsenlöffel (oder etwa

der Drahtschlinge (Figur 131) eingegangen werden und die Linse, indem man hinter sie geht und sie gegen die Cornea drückt, durch die Wunde herausgezogen werden. Der Anfänger hat besonders darauf zu achten, dass er gleich nach dem Eingehen durch die Corneawunde mit dem Löffel, dessen Stiel entsprechend gebogen ist, ausreichend tief in den Glaskörper dringt, um hinter die Linse zu gelangen und nicht etwa, gegen den Rand derselben stossend, diese erst recht versenkt. Sollte unglücklicher Weise die Linse ganz im Glaskörper verschwinden und der starke Glaskörperverlust ein weiteres Suchen verbieten, so schliesst man das Auge mit einem Verbande und wartet die Wiederansammlung von Flüssigkeit im Auge einige Zeit ab. Alsdann legt man den Patienten auf das Gesicht. Hierbei senkt sich die Linse wieder nach vorn gegen die Cornea, und es kann jetzt noch gelingen, sie mit dem Löffel herauszubefördern. An Stelle desselben kann man sich kleiner Haken bedienen; doch erscheint mir dies weniger vortheilhaft, weil sie nicht so sicher fassen und sich die Corticalis leichter abstreift. Letzteres ist auch ein Nachtheil der Drahtschlinge gegenüber meinem Löffel. — Der Glaskörpervorfall, ehe die Linse sich einstellt, kann nur durch Zerreissen der Zonula Zinnii erfolgen. Da diese bei überreifem Star oder bei nachweisbarem Irisschlottern in der Regel sehr dünn ist, muss man besonders hier auf dies Ereigniss vorbereitet sein; ebenso natürlich bei Linsenluxation, die übrigens während der Operation selbst durch ein zu starkes Drücken und Zerren mit dem Cystitom gelegentlich veranlasst wird. Auch kann der Druck mit dem Löffel auf die Cornea, falls die Linse bei zu enger Wunde sich zwar einstellt, aber nicht durchzuschlüpfen vermag, zur Folge haben, dass hinter der Linse Glaskörper in die Wunde tritt. Glaskörper-Austritt nach Extraction der Linse ist weniger bedenklich, da ein nicht zu grosser Glaskörperverlust im Ganzen ungefährlich ist; immerhin wird die Prognose, wie auch eine ausgedehnte, auf der Arlt'schen Klinik gemachte Statistik ergiebt etwas weniger günstig, wenn man mit Instrumenten in den Glaskörper eingegangen ist. — Ist die Wunde zu klein gerathen, so vergrössert man sie am besten mit der Wecker'schen Scheere (Figur 132); auch stumpfe Messer (couteaux mousses) wurden zu dem Zweck benutzt. —

Mooren gab 1862 als eine besondere Methode an, die Iridectomie sechs bis acht Wochen der Lappen-Extraction voranzuschicken. Abgesehen von der Unbequemlichkeit, in zwei verschiedenen Zeiten die Patienten einer Operation unterziehen zu müssen, hat das Verfahren in der That den Vortheil, dass Irisprolaps und cystoide Vernarbung gänzlich verhütet und die eigentliche Extraction erleichtert werden. Will man daher besonders vorsichtig vorgehen, so ist die Methode zu empfehlen.

Der Schnitt kann bei den Extractionen nach oben oder nach unten gelegt werden; ersteres ist im Ganzen vorzuziehen. Das nach oben gerichtete Colobom wird etwas besser vom oberen Lide bedeckt. Auch tritt unter dem Druckverbande bei älteren Leuten leicht ein Entropium des unteren Lides ein, das sich gegen die etwa nach unten angelegte Wunde anstemmt. Einen direct nachtheiligen Einfluss auf die Wundheilung habe ich jedoch hiervon kaum je gesehen, zumal sich das Entropium in der Regel erst einstellt, wenn die prima intentio erfolgt ist. Wohl aber ist die Schnittführung nach unten leichter, da der obere Orbitalrand besonders bei tief liegenden Augen hinderlich sein kann, auch die meisten Patienten die Neigung haben, mit den Augen nach oben zu fliehen.

Andere Methoden der Extraction des Stares. Reclination. — Ad. Weber macht den Schnitt mit einer Hohllanze (Figur 133). Die breite Fläche derselben ist in horizontaler Richtung concav geschliffen. Eine grössere Serie solcher Lanzen von verschiedener Breite, entsprechend den verschiedenen Grössen der Stare berechnet, muss zur Verfügung stehen. Nachdem man mit der Weber'schen Fixirpincette (Figur 134) in der Nähe des Cornealrandes die Conjunctiva gefasst und das Auge nach unten gezogen hat, sticht man mit der Lanze an dem obersten Punkt des senkrechten Hornhautmeridians ein. Die Lanze wird parallel der Iris, mit ihrer Spitze nach dem tiefsten Punkt der Hornhaut zielend, durch die vordere Kammer geführt. Der Schnitt der hohlgeschliffenen Lanze ist annähernd linear (mit einer geringen Lappenhöhe) und hat wenig Neigung zum Klaffen. Es ist aber unbequem, gleichsam für jede Stargrösse ein besonderes und schwer zu schärfendes Messer bereit halten zu müssen. — Jäger hat zum Schnitt ein hohlgeschliffenes Beer'sches Starmesser angegeben. —



133. Hohllanze nach Weber. 134. Fixirpincette nach Weber.

Liebreich führte, um die Iridectomie zu vermeiden, einen annähernd linearen Schnitt so aus, dass er mit dem Graefe'schen Messer dicht unter dem horizontalen Meridian der Cornea Ein- und Ausstich (Figur 135 a und b) machte und die durchsichtige Cornea so durchschnitt, dass etwa der stehenbleibende untere Theil ein Drittel ihrer Höhe betrug. Da aber die Iris sich der Wunde anlegt, entstehen oft vordere Synechien. — Lebrun benutzte einen ähnlichen Schnitt nach oben. —

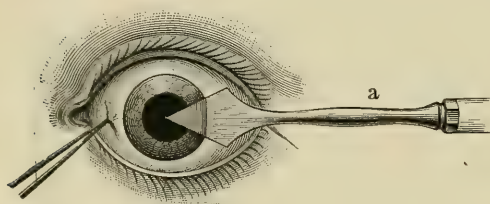
Die idealste Art der Kataraktextraction ist die Entfernung der Linse mit der Kapsel. Hierdurch werden die Reizungen, welche von zurückbleibenden Corticalmassen herrühren, und die Wucherungen des Kapselepithels ausgeschlossen. Al. Pagenstecher hat dies Verfahren besonders geübt und methodisch ausgebildet. Nachdem die vordere Kammer durch den Schnitt eröffnet, ging er mit einem eigens construirten Löffel hinter die Linse in die tellerförmige Grube, während gleichzeitig der Assistent mit dem Kautschucklöffel auf die Cornea — wie bei der Graefe'schen Operation — gegen den entgegengesetzten Linsenrand drückte. In der That gelingt es so häufig, die Linse in der Kapsel zu extrahiren und ein vollkommen freies Pupillargebiet herzustellen. Aber recht oft tritt auch Glaskörperverlust ein, ein Ereigniss, das für die Heilung doch nicht absolut gleichgültig ist; auch das Eingehen mit dem Löffel übt nach Arlt's Erfahrungen auf den Gesammtprocentsatz der Heilungen einen ungünstigen Einfluss aus. Ebenso sind Glaskörpertrübungen nicht selten. Am ehesten indicirt ist das Verfahren bei überreifen Staren, bei Irisschlottern und bei Staren in hochgradig myopischen Augen, also überall, wo eine grössere Dünnheit der Zonula Zinnii zu vermuthen ist. —



135. Extraction nach Liebreich.

Die erwähnten Methoden finden ihre Anwendung besonders beim Altersstar, der wegen seiner Grösse einer ausgiebigen Wunde bedarf. Die schon bei den partiellen Staren besprochene Discission hat hier wegen der Härte des Kernes, der sich nicht resorbirt, keine Indication. Wohl aber kann man bei jugendlichen Individuen, etwa unter

20 bis 25 Jahren, auch einen Totalstar, der in diesem Lebensalter in der Regel keinen harten Kern hat, durch Discission zur Resorption bringen; — mit Ausnahme einzelner Fälle eines grau oder weiss aussehenden angeborenen Stares, die wegen der Härte des Kernes der Discission widerstehen (Alfr. Graefe). Sollte nach der Discission eine iritische Reizung oder Druckerhöhung im Innern des Auges auftreten, so ist die Linsenmasse durch einen kleinen linearen Hornhautschnitt, mit der Irislanze oder dem Graefe'schen Messer gemacht, bei ihrer breiigen Beschaffenheit leicht zu entleeren. Immerhin ist die Resorption aber ein sich über Monate hinziehender Process. Während der ganzen Zeit muss durch Atropinisirung die Pupille möglichst maximal weit gehalten werden, um einer Iritis vorzubeugen. Auch kann man, als bestes Mittel zur Verhütung derselben, eine Iridectomie der Discission voranschicken, wenn bei der versuchsweisen Atropinisirung sich die Pupille nicht gut erweitert.



136.
Die ursprünliche modificirte Linearextraction v. Graefe's.

Albr. v. Graefe hatte, ehe er seine periphere Linearextraction einführte, zur Extraction der weichen Stare jugendlicher Individuen bereits den linearen Hornhautschnitt mit Hülfe eines breiten Lanzenmessers (Figur 136 a), und zwar nach der temporalen Seite hin, vielfältig ausgeübt, dem er ebenfalls vor der Kapselöffnung eine Iridectomie folgen liess (sogenannte modificirte Linearextraction). Da die Wunde zu klein ist, um den Star in seiner Totalität durchzulassen, entleert man die Massen, indem man durch Druck mit einem Daviel'schen Löffel (Figur 137) gegen den Scleralrand der Wunde ein Klaffen derselben zu Stande bringt; nöthigenfalls kann man auch mit dem Löffel eingehen und die Linsenmasse direct herausfördern. In der Regel kommt man auch ohne Iridectomie aus (einfacher Linearschnitt). Das Verfahren ist besonders zu empfehlen bei der Extraction angeborener Stare im Kindesalter; hier bekommt man durch Schnitte mit dem schmalen Messer, welche grössere Neigung zum Klaffen haben, oft Glaskörpervorfall. Ebenso findet es neuerdings viel Verwendung bei der Operation hochgradiger


137.
Daviel-scher Löffel.

Myopie, wo mit demselben die nach der Discission gequollenen Linsenmassen herausgelassen werden. Da meist derjenige Meridian der Cornea, der senkrecht auf der Lanzenschnittfläche steht, sich später etwas abflacht, so kann man bestehenden Astigmatismus durch eine dementsprechend gewählte Schnittrichtung zu corrigiren versuchen.

Die Verfahren von Waldau, Critchett und Anderen, durch einen ähnlichen Schnitt auch Altersstare mittels eingeführten Löffels oder Hakens zu extrahiren, sind verlassen worden.

Bei den weichen Katarakten hat man auch die Suctionsmethode angewandt, indem man mittels einer eingeführten Canüle die Starmasse mit dem Munde (Laugier) oder mit einer Spritze (Coppez) aussaugt. Ebenso einfach gelingt die Entfernung durch Linearschnitt.

Bei zusammengeschrumpften Staren (z. B. Cataracta aridosiliquata mit enger Pupille und hinteren Synechien), wie sie in Folge chronischer Iritiden oder nach Cyklitis auftreten, bietet, wegen der schwartigen Verwachsung mit der Hinterfläche der Iris, die Extraction oft Schwierigkeiten. Hier thut man gut, mit dem Beer'schen oder schmalen Starmesser, sobald man in der vorderen Kammer ist, sofort auch die Iris zu durchstossen, hinter ihr fortzugehen und auf der entgegengesetzten Seite zu contrapunctiren (Wenzel'sche Operation); doch darf der Schnitt wegen zu befürchtenden Glaskörperverlustes nicht zu peripher fallen. Das abgeschnittene Irisstück wird mit der Pincette entfernt. Bisweilen gelingt es, auf diese Weise noch ein genügendes Resultat zu erhalten. Critchett hat hingegen besonders bei den complicirten Katarakten, wie sie sich bei sympathischer Iridocyklitis entwickeln, empfohlen, nicht zu extrahiren, sondern mit der Discissionsnadel allmählich ein centrales Loch in den Star zu bohren: ein Verfahren, das jedenfalls weniger unmittelbare Gefahr bietet. Geschrumpfte Stare finden sich auch öfter angeboren in Folge von intrauterinen Vorgängen. Bei diesen Formen, wie überhaupt bei den angeborenen Staren, versuche man immer erst die Discission und wiederhole sie eventuell. Bei der Extraction entstehen leicht Zerrungen des Corp. ciliare, und die Augen gehen an Cyklitis zu Grunde; dazu kommt die Unruhe der Kinder, die zu Glaskörperverlust und sonstigen Complicationen Anlass giebt. Bei Kindern unter 2 Jahren sollte als Staroperation die Discission stets die Regel bilden: gelegentlich nach vorausgeschickter Iridectomie.

Auch die Reste der traumatischen Stare sind für die Discission geeignet. Ist die Verletzung der Linse eben erst erfolgt, so sucht man durch starke Atropinisirung vor Allem einer Iritis vorzubeugen. Der Kranke wird ins Bett gelegt und antiphlogistisch bezw. ableitend behandelt. Wenn bei starker Quellung der Linsenmasse die Iris gereizt wird und Erscheinungen von Druckzunahme sich zeigen, so sind die

Massen durch einen Linearschnitt mit der Lanze zu entleeren; einer Iridectomie bedarf es in der Regel nicht. In einzelnen Fällen jedoch kommt es bei der Entwickelung der traumatischen Katarakte trotz aller Bemühungen zu chronischen Iritiden mit gleichzeitiger Betheiligung des Corpus ciliare. —

Vor Daviel, der zuerst durch den guten Erfolg, den er mit der Extraction einer in die vordere Kammer gefallenen Linse erzielt hatte, auf die Cultivirung des Lappenschnittes bei allen Altersstaren gekommen war, übte man die Versenkung des Stares in den Glaskörper: eine Methode, die in vereinzelten Fällen auch jetzt noch hier und da geübt wird.


138.
Reclination (schematisch, von oben in den halbirten Augapfel gesehen).

Man geht mit einer Starnadel durch die Sclera (Scleratonyxis), etwa 3 bis 4 mm vom temporalen Hornhautrande und etwas unterhalb des horizontalen Meridians, in den Glaskörper, schiebt dann die Nadel hinter die Iris — eine Fläche nach vorn, die andere nach hinten — bis zur Pupillenmitte und bringt nun durch Druck mit der Nadel die Linse aus dem Pupillargebiet nach unten-aussen in den Glaskörper. Begnügt man sich damit, die Linse einfach nach unten zu luxiren, so spricht man von Depression, wird sie hingegen, was leichter, gleichzeitig um ihre horizontale Achse nach hinten und unten-aussen gedreht, von Reclination (Figur 138).

Vor- und Nachbehandlung.

Vor jeder Star-Operation sind etwaige mit Absonderung verknüpfte Affectionen der Conjunctiva, vor Allem aber die des Thränensackes zu beseitigen. Die durch das infectiöse Secret aller Thränensackleiden bedingten Gefahren haben einzelne Operateure veranlasst, vor jeder Star-Operation antiseptische Durchspülungen der Thränenwege (Haab) vorzunehmen oder auch die Thränenpunkte durch Cauterisation etc. undurchgängig zu machen. Es ist übrigens oft schwer, die Dakryocysto-Blennorrhoe zu constatiren, da sich beim Druck auf den Thränensack nicht immer das Secret durch den Thränensack entleert; selbst öftere derartige Versuche können negativ ausfallen. Am ehesten kommt man zu einem Resultat, wenn man dem Patienten die Nacht über einen Druckverband anlegt und nun am Morgen nachsieht, ob Secret vorhanden ist. Dieses Verfahren sollte vor jeder Star-Extraction geübt werden. Besteht ein Thränensackleiden, so muss die infectiöse Absonderung vor der Operation gehoben werden; es gelingt dies durch Sondiren und Einspritzungen in nicht allzulanger Zeit. Durch Einimpfung des Secrets in die Hornhaut des Kaninchens kann man sich eventuell von der vorhandenen oder fehlenden Infectionsfähigkeit

überzeugen. Die Incision des Thränensackes zum Abfliessen des Secrets nach aussen oder die Verödung der Thränenröhrchen halte ich nicht für nöthig. Kurz vor der Operation mache man jedoch keine reizenden Einspritzungen, da dieselben momentan die Secretion steigern. Auch achte man auf den Thränensack des zweiten, nicht zu operirenden Auges: auch von diesem aus kann Infection erfolgen. Besteht keine Gefahr vom Thränensack aus, so ist bei sonstiger aseptischer oder antiseptischer exacter Methode jetzt kaum noch eine Suppuration nach Star-Extraction zu befürchten.

In den letzten Jahren hat man sowohl nach Star-Operationen wie nach anderen Augenoperationen die früher üblichen festen Druckverbände v. Graefe's modificirt oder verlassen. Einmal glaubte man, keinen so grossen Werth auf völlige Ruhestellung der Augen legen zu müssen und andererseits versprach man sich gerade durch die Lidbewegung den Thränenabfluss zu beschleunigen und hiermit eine Art antiseptische Wirkung auf die im Conjunctivalsack befindlichen Bacterien zu üben: letztere Anschauung beruht besonders auf den experimentellen Untersuchungen von Bach, der der Thränenflüssigkeit einen derartigen Einfluss zuschreibt. Doch kann ich diesem Moment keine besondere Bedeutung beilegen, da die Erfahrung lehrt, dass auch unter dem Druckverbande fast nie eine Suppuration eintritt, wenn nicht ein Thränensackleiden besteht. Dass die Infection durch das letztere aber auch bei offenen Augen nicht verhindert werden kann, zeigen uns die zahlreichen Ulcera serpentia, die nach leichten Hornhautwunden durch Infection seitens des Thränensackeiters entstehen. Für viele Fälle ist aber in der That eine so lang dauernde Ruhestellung der Augen, wie man sie früher übte, nicht nöthig: die hier frühzeitig erfolgende Wiederherstellung der vorderen Kammer giebt uns den Beweis, dass die angelegte Wunde verklebt ist. Bis zu dieser Verklebung wird jedoch eine möglichste Ruhestellung des Auges, wie es auch sonst bei Operationswunden in der Chirurgie üblich, zu erstreben sein. Es kommt noch hinzu, dass die Wunde, selbst wenn sie verklebt ist, durch einen Stoss gegen das Auge, wie er besonders in der Nacht unwillkürlich eintreten kann, wieder aufplatzen kann. Ich habe dies noch gelegentlich nach 5 bis 6 Tagen eintreten sehen! Dies ist für mich Grund genug, auf eine offene Wundbehandlung ohne jeden Verband, wie sie zuerst Hjort empfohlen, von vornherein zu verzichten.

Die jetzt üblich gewordenen Drahtgitter, welche theils mit einem darunter befindlichen Watteverbande zum Augenverschluss, theils ohne diesen nur als Schutz angewandt werden, sind für den Operirten meist angenehmer als die älteren mit Binden angelegten Druckverbände. Man kann dazu die verschiedenen eiförmig gestalteten Gitter (Fuchs, Czermak,

Schwarz) oder Metallschalen (Herrnheiser) benutzen. Um das Auge geschlossen und richtig zu halten, lege ich zuerst in Chlorwasser getauchte Mullläppchen auf die Lider und fülle darüber die Augenhöhle bis zum Gitter hin mit Watte aus; auch das nichtoperirte Auge verklebe ich, um zu verhindern, dass das andere Auge Mitbewegungen mache. Am nächsten Tage sieht man vorsichtig nach, ob die Wunde geschlossen ist, und kann nun bei ruhigen Patienten die Augen unter dem durch einen dunklen Ueberzug verdeckten Gitter lassen, ohne dass Mull und Watte erneuert werden. Bei unruhigen Patienten, bei Hypertonie, bei Glaskörpervorfall oder sonstigen Complicationen halte ich aber einen länger fortgesetzten Druckverband für sicherer. An Stelle des früheren Verbandes mit Gazebinden wende ich öfters ein ähnlichwirkendes feines Drahtgitteroval (glatt, nicht eiförmig gewölbt) an, das gerade wie eine Binde den auf das Auge gelegten Mull-Watte-Verband andrückt: es ist binocular und wird mit Bändern, die um den Kopf gehen, befestigt. Dauert die Wiederherstellung der vorderen Kammer eine längere Zeit, so muss man auch den festen Verband länger liegen lassen. Bis zum 6.—7. Tage lege man den Schutzverband an, dann ersetze man ihn, wenn alles gut gegangen ist, bei Tage durch eine Klappe, aber Nachts halte man das Auge noch etwas länger unter Schutz, um unwillkürliche Verletzungen desselben zu vermeiden. Da es sich um die ganze Zukunft des Operirten handelt, sei man lieber etwas zu vorsichtig. Nach der Operation wird der Patient ins Bett gebracht; das Zimmer mässig verdunkelt. Gewöhnlich folgen der Operation keine oder nur unbedeutende Schmerzen (Brennen), die gegen Abend schwinden. Falls kein Schlaf eintritt, gebe man für die Nacht ein Opiumpulver oder Chloralhydrat. Oefters sind die Schmerzen nur durch angesammelte Thränen oder durch zu festes Anliegen oder Verschieben des Verbandes veranlasst. Störungen im Heilungsverlauf zeigen sich vor Allem durch Eiter auf dem Verbandmull, der sonst vollkommen trocken erscheint. Wenn bis zum Ende des vierten Tages Alles gut gegangen, ist die Heilung der Wunde durchschnittlich als gesichert zu betrachten. Vom 2. oder 3. Tage an träufele man ein- bis zweimal täglich reichlich Atropin ein, um hinteren Synechien vorzubeugen, wie sie bei enger Pupille leicht entstehen. Sollte ein Irisprolaps bestehen, so wird Eserin angewandt. In den ersten Tagen gebe man nur dünne Diät, um das Kauen zu vermeiden; auch ist das Eintreten des Stuhlgangs möglichst hintanzuhalten, weil das dabei erfolgende Pressen schädlich sein kann. Ist bis zum fünften Tage kein Stuhlgang erfolgt, so muss man ihn künstlich anregen. Durchschnittlich halte man die Operirten 3 bis 6 Tage im Bette; nach Ablauf der ersten beiden Tage können sie sich darin aufsetzen. Handelt es sich um sehr alte und schwache Personen, so wird man sie eher

aus dem Bette lassen und roborirend behandeln. Nach 10—14 Tagen können die Operirten bei gutem Verlauf und gutem Wetter meist in's Freie gehen.

Störungen der Wundheilung. Die grösste Gefahr nach der Operation ist die Hornhaut- und Glaskörpervereiterung. Sie pflegt sich in ihren Anfängen gewöhnlich nach 36 bis 48 Stunden, ausnahmsweise später zu zeigen. Die Kranken klagen meist über Schmerzen in Auge und Stirn: wenn man alsdann den Verband abnimmt, so ist das dem Auge aufliegende Läppchen mit reichlicherem, eiterähnlichem Secret bedeckt. Es ist dies das wichtigste Anzeichen der drohenden Eiterung; — natürlich vorausgesetzt, dass keine Conjunctivalprocesse früher vorhanden waren, welche die vermehrte Absonderung erklären. Beim Oeffnen des Auges findet man meist Hyperämie der Conj. bulbi und mässiges Oedem. Die Hornhaut sieht gewöhnlich noch klar aus, auch an den Wundrändern ist nichts Abnormes zu finden. Im Verlauf der nächsten 24 Stunden aber wird der Wundrand gelblich infiltrirt, dicker und steht von dem Sclerallappen ab. Die Iris verfärbt sich etwas, in der vorderen Kammer liegt Eiter. In anderen, seltenen Fällen, besonders nach Glaskörperverlust bei der Operation, kann die Hornhaut noch vollkommen durchsichtig sein, während der Glaskörper schon gelblich infiltrirt ist. Geht der Process weiter, so kommt es zur Panophthalmitis oder wenigstens eitrigen Chorioiditis. Es gelingt verhältnissmässig selten, frühzeitig beginnende Suppurationen zu beschränken, und wenn es gelingt, entstehen meist erhebliche hintere Synechien der Iris und Nachstar. Man kann versuchen, durch Cauterisation der infiltrirten Wundränder mit dem Galvanocauter dem Fortschreiten entgegenzuwirken. Bei Ausbreitung des Eiters in die vordere Kammer ist innere Cauterisation (Eversbusch) oder Einführen von Jodoformstäbchen (Haab) empfohlen worden. Auch die Wiedereröffnung der Wunde ist bisweilen von Nutzen, ebenso eine subconjunctivale Sublimat-Injection (1 Tropfen einer Lösung von 1:1000, täglich einmal) (Darier) oder eben solche Kochsalz-Injection. Weiter macht man im Beginn kalte, später laue Umschläge mit Sublimatlösung und träufelt Aqu. chlorat. ein. Zum Glück sind diese deletären Vorgänge bei der jetzt üblichen grösseren Reinlichkeit und Antisepsis sehr selten geworden. Jedoch scheinen mir einzelne Fälle besonders von später auftretenden Eiterungen, denen allgemeine Krankheitserscheinungen vorangingen, auch für die Möglichkeit einer von innen ausgehenden Infection zu sprechen. Aeusserliche Infection kann noch nachträglich durch das Verhalten des Patienten, Abreissen des Verbandes u. a., stattfinden; besonders ist dies möglich, wenn die Operirten in Delirien verfallen. Diese von Sichel zuerst beschriebenen Delirien nach Staroperationen sind nicht Wunddelirien, sondern einfach Folge der Einwir-

kung des Lichtabschlusses auf Individuen, die körperlich oder geistig geschwächt sind; ich habe sie auch sonst bei Augenkranken beobachtet, die in Dunkelzimmern gehalten wurden. Vom Delirium tremens unterscheiden sie sich durch den Mangel des Tremor und Alkoholismus, sowie auch durch den andersartigen Inhalt der Hallucinationen. Sie gehen in der Regel in 1—2 Tagen vorüber, wenn man durch Oeffnen der Augen den Patienten wieder Lichteindrücke schafft.

Bedenklich für die Zukunft des Auges ist es, wenn Iris in grösserer Ausdehnung sich zwischen die Schnittwunde legt und ihre unmittelbare Verklebung verhindert. Es bildet sich dann entweder ein wirklicher Irisprolaps oder eine blasenartige, von Conjunctiva überzogene durchsichtige Hervorwölbung, die meist in den Wundecken sitzt und mit der Kammer communicirt (cystoide Vernarbung). Wenn auch eine grössere Reihe derartiger Augen dauernd erhalten bleibt, so ist doch die Gefahr naheliegend, dass von dort aus noch später eine eitrige Iritis sich entwickelt, die in wenigen Tagen durch Ausdehnung auf die Chorioidea das Auge zerstören kann. Meist tritt die Infection dieser Vorfälle von aussen ein, wie die bacteriellen Befunde Wagenmann's ergeben haben; in einzelnen Fällen handelt es sich aber auch um endogene Infection. Man trägt möglichst frühzeitig die Irisvorfälle ab; bei grösseren cystoiden Vernarbungen kann man auch den Galvanocauter anwenden. Bestehen dieselben schon längere Zeit, ohne das Auge geschädigt zu haben, so wird man meist auf die Operation verzichten, da diese dem Auge Gefahr bringen könnte.

Auch Regenbogenhautentzündungen können auftreten; meist handelt es sich um leichtere, die zu vereinzelten Synechien Anlass geben. Die eitrigen Formen jedoch führen öfters zum Ruin des Auges. Dasselbe bewirken schleichende Irido-Cykliten, die bisweilen selbst sympathische Affection des anderen gesunden Auges veranlassen. Schmerzen, pericorneale Injection, Pupillenveränderung machen darauf aufmerksam. In der Regel sind es Starreste, welche die Entzündung veranlassen. Bemerkenswerth ist, dass in seltenen Fällen bei den Iritiden nach der Starextraction graue consistentere Massen im Glaskörper in der Nähe des Ciliarkörpers auftreten, die meist in einigen Tagen sich wieder resorbiren (Velhagen). Ich halte sie für gelatinöse Exsudationen, ähnlich wie wir sie in der vorderen Kammer gelegentlich sehen (cf. S. 309). Die Behandlung dieser Entzündungen besteht in starkem Atropinisiren; bei grosser Heftigkeit des Processes ist als energischstes Mittel die Mercurialisation zu empfehlen. Nicht allzu selten erfolgen kleine Blutungen in die vordere Kammer, so nach heftigeren Augenbewegungen, Husten, Pressen beim Stuhlgang u. s. w.; sie werden meist bald resor-

birt. Oefters verzögert sich die Wiederherstellung der vorderen Kammer, bisweilen können Wochen darüber vergehen.

Recht häufig (besonders bei der gleichzeitigen Benutzung des Cocaïns und Sublimates) sieht man in der Heilungsperiode von der Schnittwunde aus kleine, durchscheinende graue Streifen im Hornhautgewebe auftreten und centripetal verlaufen (Streifen-Keratitis). Dieselben schwinden meist in einiger Zeit; nur in seltenen Fällen, besonders bei sehr ausgiebiger Anwendung der Sublimatlösung, bleibt eine intensive Trübung zurück, die das Sehvermögen stark beeinträchtigen kann. Seitdem ich zur Desinfection die Aqua chlori anwende, habe ich dauernde Trübungen der Cornea auch bei Cocaïngebrauch nicht mehr beobachtet. Da bei stärkerer Anwendung des letzteren aber das Epithel der Cornea sich trübt, benutze man lieber Holocain, wenn man nicht in dem Einzelfalle besonderen Werth auf die druckherabsetzende Wirkung des Cocaïn legt.

Nach Discissionen bedarf es einer weniger strengen Behandlung. Doch ist für eine ausgiebige Mydriasis durch Atropin zu sorgen; bei Drucksteigerung in Verbindung mit Cocaïn.

IV. Nachstar (Cataracta secundaria).

Auch nach erfolgreichen und im Heilverlauf nicht besonders gestörten Staroperationen findet sich öfters Nachstar. Da die Kapsel bei den meisten Operationsmethoden zurückgelassen wird und ihr in der Regel etwas Corticalmasse anhaften bleibt, so sieht man fast stets an einzelnen Stellen des Pupillargebietes bei schiefer Beleuchtung durchscheinende Verdickungen und Trübungen derselben. Man pflegt von Nachstar aber erst zu sprechen, wenn es zu etwas dichteren, das Sehen genirenden Membranen, von denen die binoculare Lupe und der „Lupen-Augenspiegel“ uns sehr instructive Bilder liefert, kommt. Er kann sich auch noch später, selbst Jahre nach der Operation, durch Wucherung des Kapselepithels entwickeln. Ist er dünn, so geht man mit einer Discissionsnadel (Stopneedle) durch die Cornea-Peripherie und dann in den Nachstar, in welchem man durch Querschnitte eine möglichst centrale und ausgiebige Oeffnung macht, sich die durchsichtigste Partie aussuchend, wo eben die Membran am dünnsten ist. Meist gelingt die Operation, besonders wenn man nach dem Einstich die feine Membran auf die Schneide der Nadel nimmt und nun ausgiebige Bewegungen in der vorderen Kammer damit macht oder auch die Schneide hin und her schiebt. Unter Benutzung der schiefen Beleuchtung mittelst einer elektrischen Lampe lassen sich die Verhältnisse sehr gut übersehen. Nur wenn die Membran sehr hart und fest ist, hat man nicht gleich einen ausreichenden Erfolg, man muss dann wiederholte Dis-

cissionen ausführen. Auch kann man nach Bowman so verfahren, dass man mit zwei Discissionsnadeln durch entgegengesetzt liegende Hornhautstellen nasal- und temporalwärts eingeht, die Spitzen an derselben Stelle in den Nachstar stösst und nun eine Oeffnung durch Auseinanderschneiden nach entgegengesetzten Richtungen zu machen sucht. In einzelnen Fällen genügt auch diese Methode nicht, man wird dann mit der Weckerschen Scheere, nachdem man einen Lanzenschnitt angelegt hat, den Nachstar durchschneiden: als regelmässige Nachstaroperation halte ich das Verfahren für zu eingreifend und ziehe die Nadeloperation vor. Ebenso halte ich es nicht für nöthig als Regel, bei allen Katarakt-Operirten nach 4—6 Wochen die Nachstar-Durchschneidung auszuführen, wie es einzelne Operateure thun; wenn man auch meist ein besseres Sehvermögen erhält, so liegt doch immerhin eine gewisse Gefahr darin (Auftreten eines glaukomatösen Anfalles, wie er öfter danach beobachtet), die bei einem wieder sehkräftigen Auge um so höher anzuschlagen ist. Bei S $^1/_3$—$^1/_2$ wird man besser thun, nur auf Wunsch des Patienten zu operiren. Uebrigens können sich die Nachstare oft noch nach Monaten lichten, wie man andererseits auch gelegentlich später eine vermehrte Trübung eintreten sieht. Die Extraction des Nachstares ebenso wie die empfohlene Reclination ist wegen der dabei stattfindenden Zerrung des Ciliarkörpers gefährlich. Man kann letztere indessen vermeiden, wenn man in mehreren Sitzungen den Nachstar mit der Discissionsnadel peripher umschneidet und so von seinen Verbindungen mit dem Corp. ciliare trennt, ehe man die Extraction vornimmt.

Ist die Pupille durch Irisgewebe, das bisweilen ganz nach der Hornhautwunde gezerrt wird, verlegt, so muss nachträglich iridectomirt oder iridotomirt werden; letztere Operation ist weniger eingreifend und giebt, da sie auch etwaige hinter der Iris befindliche Schwarten durchschneidet, bisweilen sehr gute Resultate. Ueber die Brillen der Staroperirten siehe unten.

2. Aphakie.

Als Aphakie (ἀ privativum, φακός Linse) bezeichnet man das Fehlen der Krystalllinse. Jeder Starextrahirte ist demnach aphakisch. Gewöhnlich erkennt man das Fehlen der Linse durch grössere Tiefe der vorderen Kammer und eine ungewöhnliche Schwärze der Pupille; es fehlt der bei alten Leuten besonders bemerkliche Linsenreflex. Auch Irisschlottern ist öfter vorhanden. Weiter kann der Purkinje-Sansonsche Versuch benutzt werden: bei Aphakie fehlen die kleinen Linsenreflexbilder. Da aber auch die Glaskörperoberfläche reflectirt und die Linsenreflexe sehr genaue Beobachtung erfordern, ist für die Praxis dieses letztere, sonst entscheidende Symptom von geringer Bedeutung.

Eine bessere Auskunft wird in der Regel die Untersuchung mit schiefer Beleuchtung bei erweiterter Pupille geben, da man alsdann meist irgendwo Spuren der zurückgebliebenen und getrübten Kapsel sieht. Die Refraction der aphakischen Augen ist gewöhnlich hochgradig hypermetropisch. Früher emmetropische Augen bekommen etwa H 10·0. Ferner fehlt das Accommodationsvermögen.

Behandlung. Um Aphakischen und Staroperirten ein entsprechendes Sehen zu schaffen, müssen wir ihnen Convexgläser („*Starbrillen*“) geben: und zwar pflegt man eine Fernbrille und eine Nahebrille, letztere für das Lesen und Arbeiten in der Nähe, zu verschreiben. Da die Sehschärfe der Operirten nur selten = 1 wird und, abgesehen von jugendlichen Individuen, meist nur $^3/_4$ bis $^1/_3$ beträgt, so muss man ihnen durch die Brille die Entfernung, in der sie lesen und kleine Gegenstände erkennen sollen, oft stärker heranrücken. Wenn für die Ferne convex 10·0 gegeben wird, giebt man für die Nähe etwa 16·0 bis 20·0. Mit convex 20·0 könnte der Operirte in 10 cm lesen. Convex 10·0 für die Ferne und convex 20·0 für die Nähe würden, streng genommen, den Aphakischen nur die Möglichkeit schaffen, die Strahlen, welche von unendlich, und die, welche aus der Entfernung von 10 cm kommen, auf ihrer Netzhaut zu vereinigen: alles Andere sehen sie in mehr oder weniger grossen Zerstreuungskreisen. Sie gewöhnen sich aber bald daran, hiermit auszukommen, zumal sie sich durch weiteres Abrücken ihrer Fernbrillen vom Auge auch für nähere Punkte einstellen können und auf diese Art mit demselben Glase in verschiedenen Entfernungen sehen. Es kommt hinzu, dass überhaupt im höheren Alter — und die meisten Aphakischen sind an seniler Katarakt Operirte — an und für sich die Accommodation eine sehr geringe ist, und so kein erheblicher Unterschied gegen früher vorhanden ist. Manche hochgradig Kurzsichtige gebrauchen nach der Operation für die Ferne keine oder nur eine sehr schwache Convexbrille. — Bei einer grossen Schaar der Operirten genügen zu einer vollkommenen Correction aber die sphärisch geschliffenen Gläser nicht, da sich in Folge der Operation häufig Astigmatismus entwickelt, ein Astigmatismus, der übrigens noch längere Zeit (3 bis 4 Monate) gewissen Schwankungen unterliegt (*Laqueur*). Gewöhnlich ist die stärkere Krümmung, im Gegensatz zu dem gewöhnlichen Vorkommen, im horizontalen Durchmesser (perverser Astigmatismus), da durch den nach oben oder unten gelegten Schnitt meist eine Abflachung der Cornea im senkrechten Meridian eintritt. Man wird hier Combinationen mit cylindrischen Gläsern wählen müssen. — Bei Aphakie nach Staroperationen darf man nicht zu bald den vollen Gebrauch der Brillen gestatten; es ist gut, wenn man etwa 6 bis 8 Wochen verstreichen und mit dem Tragen der Fernbrillen beginnen lässt.

Einzelne Staroperirte klagen über plötzlich auftretende und nach einiger Zeit wieder vorübergehende Anfälle von Rothsehen (Erythropsie). Es beruht dies meist auf einer Ermüdung der Netzhaut gegen die stärker brechbaren Lichtstrahlen (Purtschler, Hirschler); jedoch können auch vom Auge unabhängige cerebrale Reizungen die Erscheinung hervorrufen. In einem von mir beobachteten Fall beschränkte sich das Rothsehen schliesslich auf einen peripheren Theil des Gesichtsfeldes.

3. Lageanomalien. Formanomalie.

Wenn von Geburt an die Linse sich nicht in ihrer normalen Lage befindet, sondern etwa im Glaskörper oder an einer entfernteren Stelle der Augenhäute befestigt ist, so nennt man den Zustand Ectopia lentis; in der Regel finden sich alsdann auch andere Entwickelungsfehler des Auges, besonders Mikrophthalmus.

Hat hingegen die Linse ihre normale Lage ursprünglich innegehabt und erst später verlassen, so pflegt man dies als Luxatio oder Subluxatio lentis zu bezeichnen.

In ersterem Falle liegt nach Trennung der Zonula die Linse nicht mehr in der tellerförmigen Grube, sondern ist in die hintere oder vordere Augenkammer gerückt, in den Glaskörper gesunken oder selbst durch einen Scleralriss nach aussen unter die Conjunctiva gelangt. Meist sind es Contusionen des Bulbus, die diese Lageveränderungen hervorbringen; bisweilen aber entstehen bei Glaskörperverflüssigung Luxationen auch spontan. Oft bilden sich Luxationen auch so, dass eine Subluxation der Linse, meist doppelseitig und mit Ektopie der Pupille, angeboren besteht, aber im Laufe der Jahre die Linse immer tiefer in den Glaskörper sinkt. Es giebt Familien, bei denen in mehreren Generationen dieses Verhalten zu constatiren ist. In einem Falle doppelseitiger Subluxation, den ich gesehen, zeigte eine Linse auch an ihrem unteren Rande zwei rundliche Einkerbungen (Linsencolobom). — Die Linsen, welche in ihrer Kapsel die Locomotion durchmachen, können lange Zeit, vor Allem, wenn sie in der hinteren Kammer und somit zum Theil in der tellerförmigen Grube bleiben, ihre Durchsichtigkeit behalten. Gelangen sie in den Glaskörper, in die vordere Kammer oder unter die Conjunctiva, so trüben sie sich meist allmählich und gehen einen Schrumpfungsprocess ein, so dass sie intensiv weissliche, zusammengebackene Katarakten bilden. Die Luxation der Linse kann monoculares Doppelsehen bewirken, wenn der Linsenrand durch das Pupillengebiet geht: ein Theil der einfallenden Strahlen wird alsdann durch die Linse gebrochen und abgelenkt, der andere geht durch das freie Pupillargebiet. Beim Hineinwerfen des Lichtes mit dem Augenspiegel stellt

sich der Rand der durchsichtigen Linse als dunkler, aber meist nicht absolut kreisrunder Bogen in dem reflectirten Roth des Augenhintergrundes dar; bei auffallendem Licht ist, selbst bei Linsen, die in die vordere Kammer gefallen sind, der Rand nicht immer leicht zu erkennen; er hat eine zartrosa Färbung. — Ist die Linse in den Glaskörper luxirt, so bestehen die Erscheinungen der Aphakie. Meist wird es auch gelingen, ophthalmoskopisch die Lage des Krystalls zu finden. Oefter wandern auch luxirte Linsen durch die Pupille aus dem Glaskörper in die vordere Kammer und umgekehrt. Durch Kopfbewegungen können die Patienten selbst willkürlich diese Lageveränderung hervorrufen. — Die durch eine, in der Nähe des Corneallimbus und ihm parallel laufende Scleralruptur (am häufigsten nach Verletzungen des Auges durch stumpfe Gewalt, besonders Kuhhorn-Stoss) unter die Conjunctiva luxirte Linse ist ebenfalls meist leicht zu diagnosticiren, da die unter der Conjunctiva befindliche Geschwulst die Linsenform zeigt; Anamnese und die vorhandene Aphakie geben den Ausschlag. —

Falls die durchsichtige Linse in der hinteren Kammer sich befindet und einen Theil des Pupillargebietes deckt, kann, je nach der Lage, durch Miotica bisweilen die Doppelbrechung der in die Pupille fallenden Strahlen ausgeschlossen werden. Ist die Linse kataraktös geworden, so wird man sie, sei es hier oder anderswo im Bulbus, zu extrahiren suchen, sobald sie erhebliche Störungen im Sehen oder Reizzustände veranlasst. Doch pflegt die Extraction, da meist gleich nach dem Hornhautschnitt der Glaskörper, welcher mit der vorderen Kammer frei communicirt, hervorstürzt, gewisse Schwierigkeiten zu bieten. Der ausströmende Glaskörper kann die Linse ganz von der Wunde abdrängen und, wenn sie durch die Pupille in den Glaskörper zurücksinken sollte, sogar vollkommen dem Anblick entziehen. Es ist daher bei einer vollständig beweglichen Linse angezeigt, sie vor der Hornhautincision zu fixiren. Zu dem Zweck sucht man sie zuerst, falls sie im Glaskörper sitzt, bei starker künstlicher Mydriasis durch entsprechende Kopflage in die vordere Kammer zu bringen und dann durch Anwendung von Mioticis am Zurückschlüpfen zu hindern, was aber nicht immer gelingt. Auch kann man die Linse, falls sie nicht verkalkt ist, vorher mit einer Starnadel anspiessen und nun durch den Hornhautschnitt mit dem Löffel oder einem Haken extrahiren.

Einfacher ist die Herausnahme einer subconjunctival sitzenden Linse. Bisweilen jedoch liegt die Linse noch zum Theil in der Scleralwunde und es können alsdann, wenn eine längere Zeit seit dem Trauma vergangen ist, bereits Verwachsungen mit Sclera und Corp. ciliare eingetreten sein. Besteht in einem solchen Falle keine besondere Indication zur Operation, so wird man die luxirte Linse lieber an ihrem Sitz lassen.

Ich habe derartige luxirte Linsen gesehen, die seit vielen Jahren unter der Conjunctiva sassen. Die Augen waren entzündungsfrei und hatten zum Theil gute Sehschärfe. — Es sei hier noch erwähnt, dass bei Hornhautstaphylomen, mit denen die Iris verwachsen ist, häufig gleichzeitig die Linse luxirt ist und sich in die Hornhautvortreibung hineingelegt hat. Sie hält sich in dieser Lage bisweilen lange durchsichtig, wie man wahrnehmen kann, wenn man sie bei der Staphylomoperation herauslässt.

Die Subluxationen, bei denen die Linse nur eine geringe Verschiebung erfährt, congenital oder nach Traumen, sind nicht immer leicht zu diagnosticiren. Als besonders verdächtiges Moment muss es gelten, wenn neben stärkerem Irisschlottern die vordere Kammer an verschiedenen Stellen eine ungleiche Tiefe zeigt. Meist ist die Pupille erweitert. Bisweilen gelingt es, eventuell unter Zuhülfenahme von Mydriaticis, den dem Pupillencentrum näher gerückten Linsenrand ophthalmoskopisch wahrzunehmen; in einzelnen Fällen beobachtet man, von ihm nach den Ciliarfirsten hingehend, die in Folge der Zerrung veränderte, leicht radiär gestreifte Zonula. Die subluxirte Linse kann Jahre lang durchsichtig bleiben. Einen ungewöhnlichen Fall, der auch in diese Kategorie gezählt werden muss, beobachtete ich bei einem Manne, der auf einem Auge eine subluxirte kataraktöse Linse hatte. Auf dem andern war die Linse ebenfalls kataraktös, aber etwas geschrumpft und abgeplattet: sie war fast in ihrer ganzen Peripherie von der Zonula gelöst, nur an der temporalen Seite noch angeheftet, so dass sie bei Augenbewegungen klappenartig bald ganz in den Glaskörper zurückschlug, bald wieder die Pupille vollständig verdeckte. Durch entsprechende Augenbewegung konnte sich der Kranke ein temporäres Sehen verschaffen. —

Als Formanomalie ist — abgesehen von den Linsenveränderungen bei Schrumpfungen etc. — besonders das Colobom der Linse und der Lenticonus posterior bemerkenswerth. Ersteres besteht in einer Einkerbung des Randes und kommt häufig gleichzeitig mit dem Chorioideal- und Iris-Colobom vor. Bei Lenticonus posterior (F. Meyer) zeigt die hintere Linsenfläche im Centrum eine conische Hervorbuckelung; man erkennt den Zustand ophthalmoskopisch dadurch, dass im Centrum der rothen Pupille eine rothe Scheibe sich befindet, die von einem schwarzen Ring umgeben ist. Bisweilen besteht gleichzeitig eine Cataracta polaris posterior, seltener anterior (Pergens.) Eine Verlagerung des Kernes nach hinten während des Entwicklungsstadiums scheint die Ursache (Hess).

Drittes Kapitel.

Erkrankungen der Conjunctiva.

Anatomie.

Die Bindehaut des Auges, eine dünne, ziemlich durchsichtige Membran, beginnt an den freien Lidrändern, kleidet die dem Augapfel zugewandte Fläche der Lider aus und geht dann auf diese selbst über. Man unterscheidet an ihr drei Partien:

1) Conjunctiva palpebralis s. tarsalis. Sie erscheint auf ihrer Unterlage von weisslichem bis blassrothem Aussehen, je nach ihrer Blutfülle. Zuweilen sieht man einzelne grössere Gefässäste deutlich hervortreten, ohne dass man deshalb eine krankhafte Hyperämie anzunehmen hat. Gegen die Lidränder hin scheinen, besonders bei älteren Individuen, die fast parallel den Wimperwurzeln im Lidknorpel (Tarsus) eingebetteten Meibom'schen Talgdrüschen gelblichroth durch; in ihrer Nähe finden sich auch grössere tubulo-acinöse Schleimdrüschen (Wolfring). Die Conjunctiva palpebralis hängt ziemlich fest mit dem hinteren Theil der Tarsi zusammen. Ihr Stroma besteht aus adenoidem Bindegewebe: doch tritt die eigenthümliche netzförmige Anordnung hier und in der Uebergangsfalte erst nach der Geburt im ersten Lebensjahre ein, indem sich das Gewebe zwischen das fibrilläre Bindegewebe der inneren Knorpeloberfläche und das Epithel einschiebt; letzteres zeigt in seinen oberen Lagen Platten-, in den tiefsten Cylinderzellen. Mit dem Auftreten des adenoiden Gewebes entwickeln sich in der Conjunctivaloberfläche umschriebene Hervorragungen (sogenannte Papillen), kleine Leisten und Falten (Stieda's Rinnensystem). Sind die Papillen leicht geschwellt, so treten sie als kleine Hervorragungen, etwa wie eine abgestumpfte Stecknadelspitze aussehend, hervor und geben der Schleimhaut Aehnlichkeit mit geschorenem Sammt; man findet dies besonders in den äusseren Lidwinkeln. Zwischen ihnen senkt sich das Epithel in die Tiefe: so kann unter gewissen Verhältnissen das Aussehen tubulöser Drüsen entstehen; wirkliche Drüsen sind von Henle beschrieben worden. Ausserdem sind in diesem Theil der Bindehaut — ebenfalls dicht unter der Oberfläche — rundliche Anhäufungen von

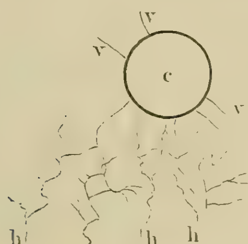
Leukocyten, sogen. Lymphfollikel — ähnlich den Peyer'schen Plaques — eingelagert. Mikroskopisch stellen sich dieselben als vollständig abgegrenzte, runde oder längliche Knötchen dar, in deren Höhlungen sich feine Capillarnetze ausbreiten; sie sind erfüllt mit rundlichen, blassen, kernhaltigen Zellen, eine Umhüllungsmembran ist nicht nachweisbar. Sowohl anatomische Untersuchungen (Baumgarten, Stöhr) als die klinischen Beobachtungen sprechen dafür, dass sie in gewisser Zahl und Grösse als physiologisch zu betrachten sind, trotzdem manche Untersucher sie stets als pathologische und dem Trachom zugehörige Gebilde auffassen.

2) Uebergangstheil oder Uebergangsfalte (Fornix): die Partie, an der sich die Conjunctiva von den Lidern auf den Bulbus überschlägt. Ihre Structur ist der des Palpebraltheils verwandt, nur dass das Bindegewebe grobmaschiger ist (daher grössere Neigung zu Schwellungen und Ergüssen). Auch die Papillen verlieren ihre umschriebene Gestalt und vereinen sich zu faltenartigen Erhabenheiten. Weiter findet sich hier eine Anzahl tubulo-acinöser Schleimdrüschen, deren Mehrzahl (gewöhnlich 12 bis 18) ihren Sitz in der äusseren Hälfte der oberen Uebergangsfalte hat; einzelne zerstreute finden sich in dem übrigen Theil der oberen und in der unteren Uebergangsfalte (Krause). — Am inneren Augenwinkel bildet die Conjunctiva vor ihrem Uebergang auf den Bulbus eine Duplicatur, in der bisweilen ein Knorpel sich befindet: die Plica semilunaris. Ihren dem inneren Augenwinkel zugewandten hervorragenden Theil, welcher circa ein Dutzend Talgdrüsen, umgeben von vielen Fettzellen, enthält, nennt man Thränenkarunkel (Caruncula lacrymalis). Sie ist mit einigen sehr zarten Härchen besetzt.

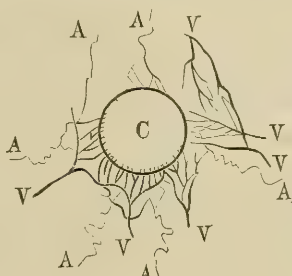
3) Conjunctiva bulbi s. sclerae. Sie überzieht die vordere Hälfte des Augapfels, liegt im Anfang ziemlich locker der Tenon'schen Kapsel, die als fibröse Haut die Sclera von dem umgebenden Fettgewebe trennt, auf, verbindet sich aber näher der Hornhaut immer enger mit der Sclera selbst, nachdem die Tenon'sche Kapsel sich im subconjunctivalen Gewebe verloren hat. Die äusserste Peripherie der Hornhaut überzieht sie noch mit einem schmalen ringförmigen Wall (Limbus conjunctivae), der sich, oben und unten etwas weiter als an den Seiten, noch über den äusseren Hornhautrand fortschiebt. Der Conjunctivalüberzug der Cornea besteht in einer Fortsetzung des Pflasterepithels mit darunter befindlicher structurloser Membran. Die Conjunctiva bulbi, ohne Drüsen und Papillen, zeigt wenige dünne conjunctivale Gefässe, die von der Peripherie des Bulbus nach der Cornea zu verlaufen.

Die Arterien und Venen der Conjunctiva tarsalis und des Uebergangstheiles communiciren mit den Gefässen der Lider.

Auf der Sclera unterscheidet man eine oberflächliche conjunctivale Gefässschicht und eine darunter liegende subconjunctivale oder episclerale. Die erstere (Figur 139) besteht aus den hinteren, verästelten Bindehautgefässen (aus den Art. palpebral. entspringend) und den vorderen geradgestreckten, in der Norm sehr wenig hervortretenden Bindehautgefässen, die aus dem episcleralen Gefässnetze dicht an der Cornea hervorgehen und nach rückwärts ziehend mit den hinteren Bindehautgefässen communiciren. — Von besonderer Bedeutung ist das episclerale Gefässnetz (Figur 140) und zwar vorzugsweise der Theil, welcher dicht um die Hornhaut herumliegt. Dieses Gefässsystem entstammt aus den vorderen Ciliargefässen. (cf. Fig.) Die oft geschlängelten Arterien bilden um die Hornhautperipherie ein Randschlingennetz aus kleinen, durch Bogen mit einander verbundenen Aestchen. Die Venen, welche das Blut von hier, sowie aus den Ciliarmuskel- und den Bindehautgefässen fortführen, bilden ebenfalls ein dichtes



139.
Conjunctivalgefässe. (Vordere und hintere Gefässe).



140.
Episclerale Gefässe. Ciliar-Venen und -Arterien, die Venen stark injicirt (von Woerden).

Maschenwerk. Bei schwereren Augenentzündungen injicirt sich dasselbe lebhaft und lässt einen, mehrere Millimeter breiten rothen Saum um die Cornea hervortreten (pericorneale Injection).

Lymphgefässe finden sich in grosser Anzahl in der Conjunctiva, und zwar in der Nähe der Cornea in Kranzform (Teichmann). Die Nerven sind Zweige des N. trigeminus.

Der flüssige Inhalt des Conjunctivalsackes entstammt aus den Thränendrüsen, deren 6 bis 12 feine Ausführungsgänge die Conjunctiva oberhalb des äusseren Augenwinkels durchbohren, aus den zusammengesetzten acinösen Schleimdrüschen und den Blutgefässen. Es finden sich im Conjunctivalsecret neben der Flüssigkeit abgestossene Epithelialzellen, Detritus, Fett; ebenso sind darin häufig verschieden geartete, nicht pathogener Bacterien nachzuweisen (E. Fick).

1. Hyperaemia conjunctivae.

Die Bindehaut der Augenlider zeigt eine abnorme Injection. Die vermehrten Verästelungen der Gefässe treten zum Theil scharf hervor, zum Theil verschwimmen sie zu einer gleichmässigen Röthe. Dadurch

verliert die Conjunctiva ihr gleichmässiges Aussehen. Die in der Nähe des Lidrandes verlaufenden Meibom'schen Drüsen werden hier und da verdeckt. Die Papillen schwellen bisweilen zu kleinen, rothen Erhabenheiten in der Stärke von Stecknadelspitzen an, besonders in den äusseren Augenwinkeln. Die Uebergangsfalte ist von dickeren Gefässstämmen durchzogen. Eine Injection der Scleralbindehaut ist bei primärer Hyperämie selten. Eine Füllung des pericornealen Gefässnetzes kommt weder bei der Hyperämie noch bei der einfachen Conjunctivitis vor.

Bei der primären Hyperämie ist zwar eine vermehrte Thränenabsonderung, aber keine Schleimsecretion vorhanden (Catarrhus siccus). Die subjectiven Symptome (Schwere der Lider; Brennen; das Gefühl, als ob ein fremder Körper im Auge wäre; Augenschmerzen; Lichtscheu) sind oft äusserst belästigend und nehmen besonders des Abends und bei jeder Anstrengung des Auges zu. Sie können so stark sein, dass das Lesen und Schreiben fast unmöglich wird und alle Erscheinungen der Asthenopie zu Tage treten. Die Hyperämie stellt sich meist ziemlich acut ein und schwindet häufig ohne jede ärztliche Behandlung. In seltenen Fällen dagegen ist sie hartnäckig, selbst gegen Medicationen, und geht dann leicht in einen chronischen Zustand oder in Conjunctivalkatarrh über.

Diagnose. Man hüte sich, nicht jede etwas stärker scheinende Gefässbildung auf der Conjunctiva palpebralis für Hyperämie gelten zu lassen. Vielfältige Untersuchung gesunder Schleimhäute belehrt uns über die physiologische Breite der Gefässentwicklung. Vom Katarrh und der Blennorrhoe unterscheidet sich die reine Hyperämie schon durch den Mangel der Absonderung und die geringe Schwellung der Schleimhaut.

Aetiologie. Abgesehen von constitutionellen Verhältnissen und allgemeinen Schädlichkeiten (Erkältung u. s. w.) führen zur Conjunctival-Hyperämie besonders locale Irritationen: so fremde Körper, die in das Auge gekommen sind; schiefstehende oder umgebogene Augenwimpern; Kalkinfarcte der Meibom'schen Drüsen, besonders bei älteren Personen; Abstehen oder Verschluss der Thränenpunkte, wodurch ein längerer irritirender Aufenthalt etwaigen Secrets im Conjunctivalsack bewirkt wird; Absonderungen, die von Thränensackleiden herrühren und durch die Thränenwege in das Auge gelangen; Tabakrauch; Chausseestaub; schlechte Luft u. s. w. Aber auch Ueberanstrengungen der Augen, nicht oder falsch corrigirte Refractionsanomalien, Trigeminus-Neuralgien bieten öfter die Veranlassung. Entzündungen oder Hyperämien anderer Augenhäute können die Hyperaemia conjunctivae secundär hervorrufen.

Therapie. Wenn die veranlassenden Ursachen noch fortbestehen, so wird ihre Hebung den Beginn (und häufig auch den Schluss) der Behandlung bilden. Vor Allem sind etwaige in das Auge gelangte fremde Körper (Staub, kleine Insecten u. s. f.) zu entfernen. Es müssen zu dem Zweck die Uebergangsfalten besonders genau untersucht werden. Schiefstehende Augenwimpern sind auszuziehen, umgebogene mit einem Myrthenblatt gerade zu richten. — Bei Kalkinfarcten der Meibom'schen Drüsen mache man mit einer Paracenthesennadel einen kleinen Einschnitt und entferne dann mit dem daran befindlichen Stilet den harten Inhalt. — Steht der untere Thränenpunkt ab und ist, anstatt in den Thränensee zu tauchen, nach aussen gewendet (es tritt dies besonders hervor, wenn man den Patienten stark nach oben blicken lässt), so muss das im unteren Lide verlaufende Thränenröhrchen aufgeschnitten werden; ein ähnliches Verfahren beobachte man beim Verschluss des Thränenpunktes (vgl. Erkrankungen der Lider). Bestehen Thränensackleiden, so sind diese zu behandeln. Refractionsanomalien muss man corrigiren. Gegen Trigeminus-Neuralgien, bei denen sich öfter Verdickungen am Frontalis, Supratrochlearis oder Nasociliaris finden, hat sich die Massage wirksam erwiesen. — Fehlen derartige Ursachen, so empfehle man dem Patienten besonders Schonung der Augen und Vermeidung von schlechter Luft und Tabaksrauch. Ebenso ist spätes Aufbleiben schädlich. Ein ruhiger Schlaf (früh zu Bett und früh auf) ist bei Augenkranken von der allergrössten Wichtigkeit. Oertlich lasse man Umschläge von kaltem Wasser Bleiwasser (10 Tropfen Acet. plumbi auf $^1/_3$ Liter Wasser) oder Borsäurelösung machen. Die Kranken selbst benutzen oft Waschungen mit Rommershausen'schem Augenwasser, das aus Fencheltinctur und Fenchelwasser besteht. Besonders bei heftigen Schmerzempfindungen und sonstigen nervösen Erscheinungen ist die Augendusche von grossem Vortheil, welche auf das geschlossene Auge einige Male täglich, aber nur 1 bis 5 Minuten lang, angewandt wird (Figur 141). Man beginnt mit Wasser, dem man etwas Eau de Cologne zusetzen kann, von einer Temperatur von circa 20 Grad Celsius und geht dann allmählich bis etwa 12 Grad herab. — An Stelle der Umschläge mit reinem Wasser lässt man bei weniger acut verlaufenden Hyperämien die Augen zweimal täglich mit einer schwachen Zinklösung (Rp. Zinci sulfurici 0·6, Tinct. Opii 1·0, Aquae destillatae 150, Aquae foeniculi 50·0) waschen oder befeuchten. In hartnäckigeren Fällen muss man Einträufelungen in den Conjunctivalsack mit adstringirenden Lösungen, etwa einhalbprocentiger Lösung von Zincum sulfuric. oder Tannin, ein-


141.

mal täglich, am besten gegen Abend, machen. Selbst directes Touchiren mit der 1½procentigen Lösung von Pl. acetic. perf. neutralis. oder Arg. nitricum ist bisweilen nöthig. Treten die nervösen Beschwerden und Schmerzen stark hervor, so kann man eine 2- bis 4procentige Cocaïnlösung anwenden. A. v. Graefe träufelte hier auch die Tinct. Opii aa mit Aqua destillata in den Conjunctivalsack ein. Der Schmerz gleich nach der Einträufelung ist sehr heftig, verliert sich aber etwa innerhalb einer Viertelstunde. Man thut gut, nach den Einträufelungen kalte Umschläge machen zu lassen.

2. Conjunctivitis simplex (s. catarrhalis).

Der Conjunctivalkatarrh zeigt ähnliche Symptome wie die Hyperaemia conjunctivae, nur dass bei ihm die Schwellung der Bindehaut bedeutender ist und ein neuer Factor, die Schleimabsonderung hinzutritt. — Die Conjunctiva palpebralis hat eine röthliche Färbung, die je nach der Intensität der Erkrankung von helleren bis zu dunkleren Nüancirungen übergeht. Die Uebergangsfalten werden auch bei leichteren Formen mit ergriffen und stechen durch eine blassere Röthe, über der sich aber eine starke Entwickelung grösserer Gefässe zeigt, von der mehr gleichmässigen, gesättigten Färbung der Tarsalbindehaut ab. Die halbmondförmige Falte und Carunkel tritt wegen ihres starken Gefässreichthums häufig in einem sehr intensiven Roth hervor. Ist diese Partie allein betroffen, so hat man die Affection auch als Ophthalmia angularis bezeichnet. Die Scleralbindehaut zeigt nur bei sehr acuten Entzündungen Injection. Es können sich dann in ihr, wie auch in dem übrigen Conjunctivalgebiete, kleinere Blutergüsse finden. Die Schwellung des Gewebes behält meist einen mässigen Grad, und ausgedehntere Ergüsse in die Conjunctiva bulbi, welche ein Oedem derselben (Chemosis) verursachen, sind beim einfachen Katarrh selten. Bei blonden Individuen mit sehr zarter Haut zeigt sich gelegentlich auch ein leichtes Oedem der Lider.

Die Absonderung ist verschieden nach der Höhe und der Dauer der Krankheit. Im Anfang tritt vermehrtes Thränen auf. Doch deutet bald eine gewisse Klebrigkeit und etwas veränderte Färbung die Vermischung mit Exsudat an. Die Steigerung der Secretion bekundet sich auch durch Absetzung kleiner gelblicher Borken an den Lidrändern, vorzüglich in den Augenwinkeln. Es sind alsdann die Augen am Morgen verklebt, und Patient kann sie nur mit Mühe öffnen. — Später zeigen sich in der secernirten Flüssigkeit selbst kleine lichtgraue oder gelbliche Flöckchen und Fädchen, die besonders in der unteren Uebergangsfalte

ihren Sitz haben. Auffallend ist bei einzelnen Individuen der weisse Schaum, der sich in den Winkeln absetzt. Man findet in ihm meist sehr zahlreiche, schlanke Bacillen. — Bei reichlicher Absonderung und langem Bestehen des Katarrhs beobachtet man auch Excoriationen der Lidhaut, besonders am äusseren Winkel und Entzündungen der Lidränder (Blepharitis marginalis).

Die subjectiven Symptome sind dieselben wie bei der Hyperaemia conjunctivae: besonders Schwere der Lider, Jucken, das Gefühl, als ob ein fremder Körper im Auge wäre. Letztere Empfindung rührt wahrscheinlich von dem Reiben der gefüllten Gefässschlingen in den Papillen auf die an Nerven reiche Conjunctiva bulbi her. Dies Gefühl ist häufig so täuschend, dass der Patient beständig bei der Behauptung verbleibt, er müsse etwas im Auge haben. Dazu gesellt sich meist mässige Lichtscheu, geringe Ausdauer bei der Arbeit, Gesichtsstörungen. Letztere bestehen in zeitweiligem Trübsehen und in kleinen Farbenkreisen, die sich z. B. um Kerzenflammen legen. Es rührt das von dünnen Flöckchen und Epithelzellen her, die sich über die Hornhaut schieben. Die Erscheinungen schwinden, wenn die Hornhaut durch öfteren Lidschlag gereinigt wird. Aber es kann auch eine factische Abnahme der Sehschärfe in Folge eines einfachen Conjunctivalkatarrhs auftreten, wenn die Kranken früher Hornhautaffectionen gehabt und Trübungen zurückbehalten haben: dieselben nehmen durch die Entzündung temporär eine grössere Intensität an. —

Der reine Katarrh schwindet bei passender Haltung meist in 8 bis 14 Tagen. In seltenen Fällen, wenn die ursächlichen Momente fortwirken oder bei alten Leuten, geht er in die chronische Form über. Es verringern sich dann die subjectiven Beschwerden, dagegen zeigt sich objectiv in der Bindehaut eine immer grössere Erschlaffung; dieselbe nimmt besonders an dem Tarsal- und Uebergangstheil des unteren Lides eine eigenthümliche leicht bläuliche Färbung an, und schliesslich kann man sogar einzelne, kleine sehnenartige Striche finden, die in Folge von Epithelialverlust und partieller Schrumpfung des Conjunctivalgewebes entstehen. Am häufigsten treten diese Veränderungen, die wir sonst nur bei Trachom sehen, ein, wenn sich die chronische Conjunctivitis mit einer chronischen Blepharitis verknüpft hat. Hier kehrt sich auch öfters das untere Lid nach aussen (Ectropium), indem sich mit der Erschlaffung der Conjunctiva auch die des Ringmuskels (M. orbicularis) und der Haut verbindet. — Cornealerkrankungen in Folge eines reinen Conjunctivalkatarrhs sind selten und unbedeutend.

Diagnose. Der Conjunctivalkatarrh unterscheidet sich von der Blennorrhoea conjunctivae dadurch, dass bei letzterer die Schleimhaut

eine viel bedeutendere Schwellung und reichliche Faltenentwicklung zeigt. Weiter tritt die acute Blennorrhoe erheblich viel heftiger auf: starkes Oedem der Lider und der Conj. bulbi, stärkere Secretion von katarrhalischem oder eiterähnlichem Exsudat, pericorneale Injection, nicht selten schnell eintretende, schwere Cornealaffectionen. Bei der chronischen Blennorrhoe sind die Erscheinungen zwar weniger ausgeprägt, doch dient die Schwellung und Wucherung des Papillarkörpers und die grosse Neigung zu Hornhautaffectionen zur Unterscheidung vom Katarrh. Bezüglich der Unterschiede von dem sogenannten Schwellungskatarrh siehe den betreffenden Abschnitt.

Aetiologie. Die Schädlichkeiten, welche zur Hyperaemia conjunctivae führen, können auch einen Katarrh hervorrufen. Von anderen Momenten sind noch anzuführen: katarrhalische oder sonstige Erkrankungen der Nasenschleimhaut oder der Bronchien; Erkrankungen der Gesichtshaut; Ekzema, Impetigo u. s. w.; Gesichtsrose; Masern; Scharlach; Influenza; Typhus. —

Bacterien verschiedener Art sind bei acuten und vorzugsweise bei epidemisch auftretenden Conjunctiviten gefunden worden. So bei einer theils chronisch, theils acut auftretenden Form, die besonders durch Hautekzem im Lidwinkel öfters einen eigenartigen Charakter zeigt, ein Diplo-Bacillus (Morax, Axenfeld). Doch kann das Krankheitsbild wechseln: ich fand den Diplo-Bacillus beispielsweise in einer Familie beim Vater, der Mutter und dem Kinde, die kurz hinter einander an acuter Conjunctivitis, aber mit durchaus ungleichem Charakter (nur beim Kinde starke Schwellung und Absonderung) erkrankt waren. Oefters sieht man die Fraenkel-Weichselbaum'schen Pneumokokken im Secret; auch Staphylococcus. Streptococcus und Bacterium coli kommen darin vor. In grösseren Epidemien hat gelegentlich ein sehr kleiner Bacillus, der von Koch und Weeks beschrieben wurde, constatirt werden können; so in einer Hamburger Epidemie vermischt mit einem Diplococcus (Willbrand-Sänger-Stählin).

In einzelnen Fällen haben Impfungen mit der Cultur die Pathogenität dieser Bacterien erwiesen (Gelpke), in anderen waren sie erfolglos (Axenfeld). Jedenfalls sind wir noch nicht in der Lage, die verschiedenen klinischen Bilder der Conjunctivalerkrankungen durch das Auftreten verschiedenartiger Bacterien zu erklären. Wir finden oft gleiche Krankheitsbilder trotz des Vorhandenseins ungleicher Bacterien. Dies gilt auch bezüglich der unten zu besprechenden Blennorrhoe und Diphtherie der Conjunctiva.

Therapie. Zuerst suche man durch Umkehren der Lider zu constatiren, ob etwa ein fremder Körper die Ursache des Katarrhs ist. Entropien oder Ektropien sind eventuell zu operiren (vgl. Lidkrankheiten). — Hängt der Augenkatarrh mit acuten Nasen- oder Bronchialkatarrhen zusammen, so rege man die Diaphorese an; bei chronischen Nasenaffectionen unterziehe man diese einer localen Behandlung. — Im acuten Stadium der Conjunctivitis empfiehlt sich Aufenthalt in einem leicht verdunkelten Zimmer und Enthaltung von jeder Arbeit. Kühle Wasserumschläge mit Bleiwasser- oder Borsäurelösung (2%), viermal täglich

$^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde lang, werden meist gut vertragen und befördern die Heilung. Abends bestreicht man die Lidränder mit Fett, um eine Verklebung zu vermeiden. Unter dieser Behandlung lässt man die heftigsten Entzündungserscheinungen erst vorübergehen.

Ist die Secretion reichlicher und die Schleimhaut succulenter geworden, so nimmt man etwas kältere Umschläge. Noch energischer auf die erschlaffte und hyperämische Schleimhaut wirken die Augentropfwässer (Collyrien). So in $^1/_2$- bis 1 procentigen Lösungen Zincum sulfuricum (fast specifisch bei der Diplo-Bacillen-Conjunctivitis) und Tannin, oder $^1/_8$ procentig Arg. nitricum. Bei ganz chronischen Katarrhen touchirt man direct die Schleimhaut. Mit steigend adstringirender Wirkung würden hier zu nennen sein: Tannin, Plumb. acet. perfecte neutralis. (1 $^1/_2$ bis 2 Procent), der Alaunstift und 1 $^1/_2$ procentige Lösung von Arg. nitricum. Auch die organischen Höllensteinverbindungen werden empfohlen: so vorzugsweise das Protargal, welches 10 procentig etwa der 2 procentigen Lapislösung entspricht, — einen besonders hervorstechenden Nutzen gegenüber dem Arg. nitricum habe ich aber nicht gesehen. Nach jedem Touchiren, das einmal täglich erfolgt, lässt man $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde lang kalte Umschläge machen. In diesen chronischen Fällen kann man auch die Augendusche mit Vortheil anwenden. — Manche Augen vertragen die Augenwässer schlecht: man bedient sich dann genannter Mittel in Salbenform, besonders gern der Bleisalbe (Plumb. acet. perf. neutral. 0·2, ung. paraffin. 8·0). Gegen die nicht selten noch einige Zeit nach dem Katarrh zurückbleibende Trockenheit der Augen, besonders beim Erwachen, empfehlen sich Cocaïn-Einträufelung abends und das Einfetten der Lidränder.

3. Conjunctivitis phlyctaenulosa seu eczematosa. (Conj. scrophulosa; Conj. exanthematica; Herpes conjunctivae.)

Bei der sogenannten phlyktänulären Conjunctivitis finden sich kleine Infiltrate theils auf der Conj. sclerae theils dicht am Hornhautrande, welche an der Spitze eines Gefässbündels sitzen, das von der Peripherie herkommend sich allmählich verschmälert.

Die Infiltrationen bilden mehr oder weniger ausgeprägte Knötchen von graulich-weisser Farbe, nur selten machen sie den Eindruck von Bläschen; sie entstehen durch massenhafte Anhäufung von Rundzellen, in denen zahlreiche Blutgefässe verlaufen. Bisweilen aber fehlt eine deutliche Phlyktänenentwickelung; doch lässt die eigenthümliche, keilförmig

zugespitzte Gefässinjection den Krankheitstypus erkennen. Sitzen die Phlyktänen in der Nähe der Cornea, so tritt gleichzeitig an der Stelle eine subconjunctivale Injection hinzu. Die übrige Schleimhaut kann bei diesem Process ganz unbetheiligt erscheinen, und nur bei zahlreicherer Phlyktänenbildung und längerem Bestande der Krankheit beobachtet man eine gleichzeitige Entzündung der Conjunctiva palpebralis und der Uebergangsfalte. — Man kann drei Formen der Conjunctivitis phlyctaenulosa unterscheiden, die auch für die Therapie von Bedeutung sind: 1) einfache Phlyktänen. Sie treten stets einzeln oder in nur geringerer Anzahl auf. Ihr Sitz ist gewöhnlich die Scleralbindehaut oder der äusserste Cornealrand. Die zuführenden Gefässe bilden einen Büschel. In kurzer Zeit, 8 bis 14 Tagen, werden die Phlyktänen entweder ohne weitere Umwandlung resorbirt oder es entstehen an ihrer Spitze kleine Geschwüre, durch Verlust der Epithelialdecke, die indessen grosse Tendenz zur Heilung haben. 2) Disseminirte, randständige Phlyktänen. Sie erscheinen in grosser Menge als kleine, kaum stecknadelkopfgrosse Erhebungen am Rande der Cornea und sitzen häufig ihrer ganzen Circumferenz auf, so dass der Limbus conjunctivae wie mit feinem Sande bedeckt erscheint. Dabei besteht eine ziemlich starke conjunctivale und subconjunctivale Gefässinjection. Nach einigen Tagen verwandeln sie sich meist in kleine, seichte Geschwürchen. 3) Breite Phlyktänen. Es sind dies circa $1\frac{1}{2}$ bis 2 mm grosse, erhabene Knötchen, die ebenfalls meist am Cornealrande oder wenigstens in seiner Nähe sitzen. Ihre Zahl ist eine verschiedene, aber nie so gross, wie die der disseminirten Phlyktänen. Oefters verbindet sich mit ihnen eine leichte Scleritis, die sich durch eine violett-bläuliche Verfärbung kundgiebt. Bisweilen zerfallen die Infiltrate in tiefe Geschwüre mit zerrissenen, unregelmässigen Rändern und gelblichem Grunde. Diese Form ist die langwierigste und besteht oft 4 bis 6 Wochen. — Die Phlyktänen der Conjunctiva, besonders die randständigen, sind häufig mit Hornhautaffectionen verknüpft, so mit kleinen Infiltrationen und flachen, seltener tiefgehenden Geschwüren. Auch entspringt öfters die büschelförmige Keratitis aus einer Phlyktäne.

Bei längerem Bestehen der phlyktänulären Erkrankungen kann es zu einer diffusen, oberflächlichen Trübung der ganzen Hornhaut mit Gefässneubildung (Pannus phlyctaenulosus) kommen.

Die Secretionsanomalie besteht bei der reinen Conj. phlyctaenulosa nur in einer vermehrten Absonderung der Thränenflüssigkeit, jedoch verknüpft sich oft eine Conjunctivitis palpebralis mit ihr. Meist ist eine sehr bedeutende Photophobie vorhanden, die besonders bei Kindern zu Blepharospasmus ausartet. Manche Kinder liegen den ganzen Tag über mit dem Gesichte und geschlossenen Augen auf dem Arm oder

ihrem Kopfkissen. Heftige Schmerzen bestehen nur vor Beginn der Eruption; Druck und Brennen in den Augen ist häufig vorhanden.

Der Verlauf ist bei entsprechender Behandlung in der Regel günstig. Hinzugetretene Hornhautprocesse, ebenso wie eine secundäre katarrhalische Schwellung der Conjunctiva verzögern die Heilung. Ausserdem sind Recidive sehr häufig.

Aetiologie. Die Phlyctaenulosa ist vorzugsweise eine Krankheit des Kindesalters. Das Hauptcontingent stellen die scrophulösen Kinder: hier finden sich meist noch anderweitige Symptome der Dyskrasie (Ekzeme, geschwollene Drüsen etc.). Auch in Folge von Masern, Scharlach und Pocken treten Phlyktänen auf. — Seltener findet sich die Krankheit bei Erwachsenen; hier bisweilen in der Form, dass nur die charakteristische Gefässinjection vorhanden ist. Eine specifische bacterielle Infection ist bisher nicht erwiesen.

Therapie. Bei Kindern ist die starke Lichtscheu oft ein Hinderniss sowohl der Behandlung wie der Heilung. Ein gutes Mittel dagegen ist das Eintauchen des ganzen Kopfes in einen Eimer kalten Wassers (Jüngken, v. Graefe). Hat sich das Kind von seiner Erstickungsangst erholt, so wird es das Auge ohne Weiteres öffnen. Sollte ein einmaliges Untertauchen nicht genügen, so muss es wiederholt werden. Milder und oft wirksam ist das Einträufeln von Cocaïn. Jedenfalls ist das Zuhalten und Zukneifen der Augen möglichst durch Zusprechen und durch Aufenthalt in einem mässig verdunkelten Zimmer zu verhindern. Den grössten Einfluss auf die Hebung der Lichtscheu aber übt unzweifelhaft die entsprechende Behandlung des localen Processes; in dieser Hinsicht empfiehlt sich Folgendes. Gegen einfache Phlyktänen und gegen die einfache phlyktänuläre Gefässinjection: tägliches Einstreuen von feinem Calomelpulver in kleiner Dosis. Es ist dabei darauf zu achten, dass keine grössere Klümpchen im Conjunctivalsack verbleiben. Ebenso ist der gleichzeitige innerliche Gebrauch von Jod wegen der Bildung ätzenden Jodquecksilbers zu vermeiden. — Gegen disseminirte, randständige und breite Phlyktänen gewährt Calomel nicht so grossen Nutzen. Hier ist die gelbe Präcipitatsalbe, welche hanfkorngross in das Auge gebracht, darin verrieben und nach einigen Minuten entfernt wird, von specifischer Wirkung. Selbst bei starker Röthung und Entzündung des Auges wirkt sie oft überraschend; jedoch möge man in diesen Fällen erst einen vorsichtigen Versuch machen. Tritt hier keine Besserung nach einmaliger Application ein, so verfahre man nur antiphlogistisch, indem man 3 bis 4 mal täglich $^1/_2$ Stunde lang kalte Bleiwasser- oder Borsäureumschläge machen lässt und Atropin 3 bis 4 mal einträufelt. Das Atropin ist auch sonst von Nutzen; wenn sich die Pupille, welche meist bei heftigeren phlyktänulären Processen stark verengt ist, erst

ausgiebig erweitert, pflegt auch die Lichtscheu zu schwinden; mit dem Oeffnen der Augen aber ist bei Kindern der Anfang zur Heilung gemacht.

Bei ulcerirten breiten Phlyktänen ist das Betupfen mit einer 2 bis 5procentigen Höllensteinlösung vortheilhaft.

Besteht eine Entzündung oder Schwellung der Conjunctiva palpebralis, so werden neben dieser Therapie kalte Umschläge und gelegentlich auch directes Touchiren mit Blei-, Tannin-, selbst Höllensteinlösung am Platze sein. Besonders bei Schwellungskatarrhen der Uebergangsfalten, welche langbestehende phlyktänuläre Processe oft begleiten, kommt man ohne dies nicht zum Ziel. Man touchirt an einem Tage die Schleimhaut, am anderen wendet man gelbe Salbe an. — Selbst wenn oberflächliche Hornhautinfiltrate neben den Phlyktänen bestehen, kann man die Anwendung der gelben Präcipitatsalbe versuchen. Gegen Pannus phlyct. ist dieselbe von grosser Wirkung.

Von ableitenden Mitteln auf die Haut habe ich keinen Nutzen gesehen; ich möchte im Gegentheil davon abrathen. Man muss die Gesammtconstitution beachten und das Nöthige verordnen. So bei scrophulösen Kindern Mutterlaugenbäder, Leberthran, Jodeisen, Stomachica u. s. w. Bisweilen leisten hier bei starker und sonst schwer weichender Augenentzündung die bekannten Plummer'schen Pulver (Calomel und Stib. sulphur. aurant. aa) gute Dienste. Lidekzeme sind mit Hebra'scher, Theer- oder Borsalbe zu bedecken und womöglich durch einen Verband gegen das Berühren und Kratzen seitens der Kinder zu schützen. Nöthigenfalls kann man auch, wie nach Operationen, den Kindern grosse Pappcylinder über beide Arme ziehen, die durch ein um den Hals gehendes Band festgehalten werden, und die Krümmung im Ellbogengelenk und damit das Hinaufführen der Hände zum Gesicht verhüten.

Von grösster Wichtigkeit aber ist es, die Behandlung nicht zu früh auszusetzen; sonst treten ziemlich sicher Recidive ein. Man muss nach Heilung der phlyktänulären Conjunctivitis noch Wochen lang Tag um Tag Calomel einpudern.

Frühjahrs- und Sommerkatarrh (Phlyctaena pallida).

Der Frühjahrskatarrh (Saemisch) hat eine gewisse Aehnlichkeit mit der sandkornförmigen phlyktänulären Conjunctivitis. Auch hier ist es der Limbus conjunctivae, welcher vorzugsweise befallen wird. Er ist von rundlichen, meist stecknadelkopfgrossen, wulstigen Prominenzen von fester Consistenz und grauweisslicher Farbe bedeckt, die dicht aneinanderliegen und so eine mehr gleichmässige Verdickung des Hornlimbus hervorrufen. Die Affection befällt nur selten die ganze Peri-

pherie der Hornhaut. Daneben besteht mässige pericorneale und episclerale Injection. Die Conj. palpebralis zeigt am oberen Lide meist pflasterförmige Papillarwucherungen, öfters auch eine eigenthümliche, weissliche Trübung, als wenn sie mit Milch begossen wäre. Es tritt diese Trübung besonders hervor, wenn man das Lid ektropionirt hat: ist die milchige Schleimhaut einige Zeit der Luft ausgesetzt, so röthet sie sich wieder. Die Secretion ist mässig. Die subjectiven Beschwerden sind ausser der fast constanten Lichtscheu gering.

Charakteristisch für die Affection, die übrigens nur in bestimmten Gegenden vorkommt, ist es, dass sie im Frühjahr und Sommer auftritt, im Winter aber wieder schwindet. Dabei hat sie grosse Neigung alljährlich zu recidiviren. Die Cornea leidet meist nicht dabei; in der Regel erfolgt vollständige Heilung. Aber ich habe doch Kranke gesehen, wo sich in Folge des Frühlingskatarrhs dichte weissliche Hornhauttrübungen bildeten, die in einem Falle doppelseitig das Sehvermögen auf Fingerzählen herabsetzten; ich habe den Kranken mehrere Jahre beobachtet, ohne dass eine wesentliche Besserung eintrat. Nur Individuen im kindlichen und jugendlichen Alter, und fast nur männlichen Geschlechts, werden befallen; meist erkranken beide Augen. Die Therapie ist eine abwartende, jede Reizung zu vermeiden. Irgend welche deutliche Heilwirkung habe ich von keinem Mittel (gelbe oder weisse Präcipitatsalbe, Cocaïnsalbe, Borsäurelösung oder der verdünnten Essigsäure [1 Tropfen auf 10—20 gr Wasser], die van Millingen empfahl) gesehen; bisweilen mindern sie die subjectiven Beschwerden. Bei verstärkter Secretion wende man die mildesten Adstringentien an; gegen die Lichtscheu eine blaue Schutzbrille.

4. Blennorrhoe. — Schwellungskatarrh. Trachom (Granulationen.) — Conj. folliculosa.

Pathologische Anatomie und allgemeine Diagnose.

Die Blennorrhoe, der Schwellungskatarrh, die Granulationen (Trachom) und die Conj. folliculosa zeigen zum Theil ähnliche anatomische Veränderungen, sind jedoch klinisch streng von einander zu sondern. In der Mehrzahl der Krankheitsfälle gelingt dies zweifellos und sicher, jedoch kommen Uebergänge vor — so besonders zwischen chronischer Blennorrhoe und Schwellungskatarrh einerseits und zwischen Granulationen und Follikelkatarrh andererseits —, bei denen selbst der Geübte schwankend sein kann und erst den weiteren Verlauf der Affection abwarten muss.

A. Die Blennorrhoe zeigt anatomisch vorzugsweise eine Hypertrophie der Papillen der Conjunctiva, bezw. der in ihr vorkommenden Leisten. Besonders der Uebergangstheil der Conjunctiva ist stark geröthet, gewulstet und oft zu mehreren, parallel gestellten Falten hypertrophirt. Die Papillen treten theils als kleinere, theils als grössere Hervorragungen (bisweilen bis zu hahnenkammähnlichen Wucherungen sich steigernd) über das Niveau heraus und verleihen ihm ein unebenes Aussehen. Bisweilen backen die dicht an einander liegenden Papillen zu pflasterförmigen, kleineren Abschnitten zusammen. Das Epithel ist gewuchert und liegt in mehrfachen Schichten übereinander. Unter der Epitheldecke findet sich eine tiefgehende Infiltrationszone von lymphoiden Zellen, die aber in diffuser Ausbreitung (nicht



142.

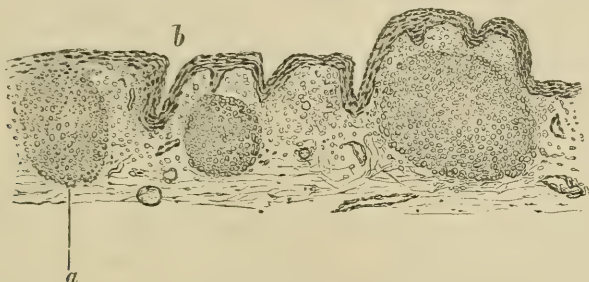
Blennorrhoe (halbschematisch). Hypertrophirung der Papillen und Falten mit Zellen- und Kerneinlagerungen. Hypertrophirung des Epithels. Starke Vascularisation.

in knötchenförmigen Anhäufungen) auftreten. Die Schleimhaut ist stark hyperämisch. — Im rückgängigen Stadium kommt es in der Regel zu gar keiner oder wenigstens nur zu sparsamer Bindegewebsentwickelung. Entsteht eine Narbe, so pflegt sie eine flächenartige Ausdehnung zu zeigen.

B. Bei dem Trachom (Granulationen) finden sich eigenartige Neubildungen: Trachomfollikel oder Trachomkörner. Es sind dies runde oder ovale Körner, welche im adenoiden Gewebe der Conjunctiva sitzen und makroskopisch bläulichgrau, gelblichgrau oder gelblich durchschimmern. Mit Wundgranulationen haben sie gar keine Aehnlichkeit. Sie bestehen aus einer Anhäufung von lymphoiden Zellen, die so geordnet sind, dass die in der Mitte gelegenen grösser, die peripheren kleiner sind. Letztere bilden demnach eine Art Grenzschicht gegen das umliegende Gewebe (Jacobson jun.). Im Inneren fand Leber eigenthümliche Zellen, die ausser dem Kern einen grösseren, schwerfärbbaren, an den Rand gedrängten, kernähnlichen Körper haben (Körperchenzellen). Bei jüngeren Trachomfollikeln fehlt eine eigentliche Grenz-

membran; bei älteren kann sich eine faserige Bindegewebshülle bilden (Mandelstamm). Zwischen den Zellen des Follikels finden sich feine Fäserchen und Blutgefässe. Letztere sieht man bei frischer Untersuchung noch injicirt.

Der Inhalt der Körner kann erweichen, indem sich eine breiige Masse bildet, oder auch induriren, indem verdickte Bindegewebsfasern von der Hülle her die Granulationshöhle durchsetzen. Auch sclerosirende Blutgefässe scheinen bei dieser bindegewebigen Umformung (Sattler) eine Rolle zu spielen. Die Tendenz zur Narbenbildung ist eine sehr ausgesprochene. — In dem Bindegewebe zwischen den einzelnen Trachomfollikeln finden sich ebenfalls Lymphzellen, die zum Theil diffus oder nesterartig sitzen: bisweilen wird durch die diffuse Infiltration die Ab-



143.

Trachom. a = Trachomfollikel: drei derselben liegen nebeneinander. b = schlauchförmige Epitheleinsenkung. Zellige Infiltration der Papillen und zahlreiche Gefässdurchschnitte.

grenzung und Unterscheidung einzelner Trachomfollikel erschwert. Daneben ist eine reichliche Entwickelung von Blut- und Lymphgefässen vorhanden. Eine Wucherung der Papillen kann ganz fehlen; doch tritt sie meist später in mehr oder weniger ausgeprägter Form, öfters nur an bestimmten Partien der Lidschleimhaut, hinzu. Das Epithel verliert allmählich den cylinderförmigen Charakter und wird mehr abgeplattet; häufig findet man in ihnen — wie auch sonst bei Conjunctiviten — zahlreiche Becherzellen, später kommt es zu Abstossungen mit Geschwürsbildungen, die zu ausgedehnten narbigen Umwandlungen an der Oberfläche Anlass geben (Raehlmann). Schlauchförmige Epitheleinsenkungen (Berlin-Iwanoff's Trachomdrüsen) finden sich sehr zahlreich; sie sind aber nicht als specifische Entzündungsproducte des Trachoms, sondern nur als Vergrösserungen der normal vorkommenden Einbuchtungen, wenn auch mit Hinzukommen der durch die Hypertrophirung der Falten neugebildeten Spalträume, zu betrachten. Wenn die Ausgänge dieser Einsenkungen verwachsen, so können cystenähnliche Bildungen entstehen. Auch bei der Conjunctivitis follicularis und der Blennorrhoe kommen öfters derartige Schläuche vor.

Nach diesen Befunden wird der Blennorrhoe (und im geringeren Grade dem sogenannten Schwellungskatarrh) die Hypertrophirung des Papillarkörpers mit diffuser Zelleninfiltration, dem Trachom das Auftreten der Trachomfollikel den charakteristischen Stempel aufdrücken.

Aber es kommen Mischformen zwischen Blennorrhoe und Trachom vor. Wird die Blennorrhoe chronisch, so sieht man nicht selten hier und da, besonders in den Lidwinkeln, vereinzelte Follikel auftreten, doch so wenig zahlreich, dass sie das klinische Bild nicht eben verwischen.

Anders beim Trachom. Gesellt sich später eine Wucherung des Papillarkörpers hinzu, so bilden sich besonders im Uebergangstheil starke Schwellungen und grössere Falten der Schleimhaut; die röthlich gefärbten Papillen mit ihren warzenförmigen Hervorragungen können dabei die Trachomfollikel ganz verdecken; in der Regel sieht man aber doch noch an dem Hervortreten umschriebener, rundlich gestalteter Figuren und dem Durchscheinen eines gelblichen Farbentons das ursächliche Leiden. Dieser Zustand ist auch als Trachoma mixtum beschrieben worden; passender ist es, von „Trachom (Granulationen) mit secundärer Blennorrhoe“ zu sprechen. Ist die Papillarwucherung nur gering, so findet man die Follikel als graue oder graugelbliche Körner, „froschlaichartig“ in Reihen geordnet in der Conjunctiva.

Haben sich bereits Narben gebildet, so treten in der meist ungewöhnlich glänzenden Schleimhaut weissliche Striche hervor, am Tarsaltheil des oberen Lides oft auch strahlige, von einem fleckförmigen Centrum ausgehende Figuren. Am unteren Lide zeigt die Schleimhaut eine eigenthümliche, hellbläuliche, diffuse Färbung statt des normalen Weiss mit den scharf sich abgrenzenden Gefässreiserchen. Neben diesen Narben können noch vereinzelte Follikel bestehen oder auch nur noch Papillarwucherungen. Da aber eine Blennorrhoe nicht derartige strahlige Narbenbildungen macht, so wird man selbst hier die Diagnose „Narbentrachom“ stellen. Diese Fälle sind es besonders, in denen man bisweilen in der Uebergangsfalte eine langhingestreckte graugelbliche, ziemlich gleichmässig, d. h. nicht mehr deutlich kornförmig abgegrenzte Einlagerung (sulziges Trachom [Stellwag]) sieht.

C. Conj. folliculosa. Einfache Follikel. In einem gewissen Stadium der Erkrankung lässt sich mikroskopisch zwischen den Lymphzellen-Knötchen (Follikeln) der Conj. folliculosa und denen des Trachoms kein Unterschied finden. Eher lassen sich noch Verschiedenheiten in dem umgebenden Conjunctivalgewebe nachweisen. So pflegen die einfachen Follikel, falls keine ausgeprägte Entzündung sie complicirt, was öfters der Fall ist, auch auf mikroskopischen Schnitten als kleine Kugelsegmente mehr hervorzuragen, während die Trachomfollikel weniger die Oberfläche über sich heben, da auch das zwischen

ihnen liegende Gewebe durch sehr zahlreiche Einlagerung lymphoider Zellen geschwellt ist. Ferner sind die Lymph- und Blutgefässe zwischen und um Trachomfollikel meist zahlreicher als bei einfacher Conj. folliculosa. Vor Allem ist der weitere Verlauf des Processes ganz verschieden. Bei Trachom kommt es stets zu Bindegewebs-Neubildungen und mehr oder weniger ausgedehnter Narbenentwickelung, oft zu käsigem Zerfall und zu secundärer, hochgradiger Papillenwucherung: Vorgänge, die als Folgezustände der Conj. folliculosa nie beobachtet werden. In einer Reihe leichterer Fälle dürfte es sich bei letzteren wohl einzig und allein nur um Schwellung und stärkeres Hervortreten bereits physiologisch vorhandener Follikel handeln.

Uebrigens sind von diesen Lymphknötchen andere kleinere, bläschenartige Hervorragungen der Conjunctiva, welche durchsichtiger sind und eine zarte Oberfläche haben, zu trennen. Es sind dies durch Lymphausschwitzungen bedingte Erhebungen des Epithels oder auch der Basalmembran; sie entleeren beim Anstechen eine meist klare Flüssigkeit.

Die eigentlichen Follikel finden sich entweder in einer vollkommen normalen oder in einer entzündeten hyperämischen, aber nicht stärker geschwellten oder infiltrirten und gewucherten Conjunctiva. Ich habe nie eine ausgesprochene Conj. folliculosa in Trachom übergehen oder zu Narbenbildung führen sehen, trotzdem ich manche Fälle von Conj. folliculosa viele Jahre lang verfolgt habe; neuerdings ist dieselbe Erfahrung wieder von Mayweg bei seinen langjährigen Schuluntersuchungen bestätigt worden. Die Trennung beider Affectionen ist unzweifelhaft von höchster praktischer Bedeutung, und es ist ein besonderes Verdienst von Th. Saemisch, dass er im Anschluss an A. v. Graefe die klinisch differentiellen Momente dieser Affection gegenüber dem Trachom scharf betont hat. Vielleicht etwas zu scharf; es darf nämlich nicht verschwiegen werden, dass Fälle vorkommen, bei denen anfänglich die Diagnose zweifelhaft sein kann. Dieselben gehören fast alle in die Unterabtheilung der Conj. folliculosa, bei der das Auftreten der Follikel mit entzündlicher Conjunctivitis einhergeht. Unter ganz demselben Bilde habe ich öfters acutes Trachom an dem zweiten Auge des Kranken unter meiner Beobachtung auftreten sehen, dessen erstes Auge bereits an ausgesprochenem Trachom litt. Bald aber liess hier die Massenhaftigkeit und Grösse der Follikelentwickelung, sowie die starke Mitbetheiligung des Bindehautgewebes keinen Zweifel übrig. Aehnlich kann es gelegentlich mit dem „Schwellungskatarrh“ gehen, der sich nach einigen Tagen als „acutes Trachom“ entpuppt. Derartige Krankheitsbilder, welche eine gewisse Unsicherheit der Diagnose im Beginn des Leidens veranlassen, können aber — zumal sie nur selten vorkommen

— keinen Grund abgeben, diese in Prognose und Verlauf so verschiedenartigen Krankheiten zusammenzuwerfen.

Der von Sattler und Michel gefundene Diplococcus, der als Ursache der Trachominfection hingestellt, bei der Impfung auf menschliche Conjunctiva Follikelbildungen hervorrief, kann nicht als Beweis für die Gleichartigkeit beider Affectionen dienen, zumal, wie meine Nachuntersuchungen zeigten, die von Michel genauer beschriebene Pilzform bei einer Anzahl von Trachomkranken fehlte. Weiter haben mir drei Impfungen mit Reinculturen (und zwar nach so zahlreichen Abimpfungen, dass eine Uebertragung des ursprünglichen Trachomsecrets ausgeschlossen war) in menschliche Conjunctiva ein durchaus negatives Resultat gegeben. Anderen ist es ebenso gegangen. Nach diesen Ergebnissen kann man in dem Michel'schen Diplococcus nicht die Ursache des Trachoms sehen. Auch die später von verschiedenen Untersuchern beschriebenen Bacterien haben sich nicht als specifisch erwiesen; dasselbe scheint von dem neuerdings von L. Müller (Wien) gefundenen Bacillus zu gelten.

Dass in ein paar Fällen tuberculöse oder syphilitische Producte oder in die Schleimhaut gerathene Pflanzenhaare, wie letzteres aus meiner Klinik von Markus beschrieben worden, zu trachomähnlicher Körnerbildung Anlass gaben, begründet selbstverständlich nicht die Berechtigung, verschiedene ätiologische Momente für diese wohl charakterisirte Krankheit anzunehmen.

1. Conjunctivitis blennorrhoica.

Das anatomische Substrat der Blennorrhoe bilden vorzugsweise, wie oben erwähnt, die Schleimhautfalten und Papillen. Doch tritt nicht gleich im Beginn einer acuten Blennorrhoe durch deren Hypertrophirung eine Unebenheit in der Schleimhaut hervor. Erst nach einiger Zeit zeigt sich die Uebergangsfalte durch Neubildung von parallel verlaufenden Falten vergrössert; die Masse des Conjunctivalgewebes nimmt zu. Auf diesen gerötheten Falten oder am Tarsaltheil auch auf der glatt anliegenden Schleimhaut können, dicht aneinandergedrängt, kleine umschriebene Erhabenheiten, durch Furchen voneinandergetrennt, später sichtbar werden. Je länger der Process besteht, um so rauher und gewulsteter wird meist die Scheimhaut. Kommt die Affection zur Heilung, so verlieren sich die Wulstungen und Falten. Letztere verschwinden zum Theil durch Verkleben. Im entwickelten Stadium der Krankheit findet man oft mehrere Reihen parallel laufender Falten im Uebergangstheil; etwas später zeigt sich die Zahl dieser Falten verringert, die einzelnen sind breiter geworden, zieht man aber beim Ektropioniren den Lidrand stärker ab, so gelingt es hier und da, eine dieser breiteren Falten in zwei schmälere wieder auseinanderzureissen. Bei mehr chronischem Verlauf blassen die Papillen allmählich ab, werden durch den gegenseitigen Druck glatter und verschwinden schliesslich. Einzelne dieser Papillenconvolute können andererseits mehr im Wachsthum fort-

schreiten und endlich hahnenkamm- und warzenförmige Vorsprünge bilden; doch ist dies bei der primären Blennorrhoe ausserordentlich selten, häufiger hingegen bei der secundären Blennorrhoe, die sich zum Trachom gesellt (Trachoma papillare [Stellwag]). Aber auch ohne vorangegangenes Trachom und ohne entzündliche Blennorrhoe habe ich ausnahmsweise diese hahnenkammähnlichen Schleimhautwucherungen massenhaft am oberen Lide auftreten sehen.

Acute Blennorrhoe. Das erste und auffallendste Zeichen ist die starke Schwellung der Lidhaut. Das ödematöse und geröthete obere Lid hängt über das Auge herab; letzteres kann nur mit Mühe geöffnet werden. Die Conjunctiva palpebralis und die Uebergangsfalte sind stark injicirt und geschwellt. Die Conj. bulbi wird gleichfalls hyperämisch. Im Anfange erkennt man deutlich auch die Injection der subconjunctivalen Gefässe um die Cornea: doch wird dieselbe bei Steigerung der Entzündung bald durch seröse oder gelatinöse Verdickung des Gewebes verdeckt. Die Chemosis bildet dann einen ringförmigen Wall um die Hornhaut, der öfters die Peripherie derselben überragt.

Das Secret ändert in den einzelnen Stadien der Entzündung seine Beschaffenheit. Im Anfang schwimmt das Auge in Thränen, die aber ähnlich wie beim Katarrh schäumend sind. Doch bald nimmt die Absonderung eine mehr trübe und molkige Form an. Sie tritt in solcher Stärke auf, wie es beim Katarrh nie vorkommt. Nach zwei- bis dreitägigem Bestehen der Krankheit werden reichlichere Mengen von Schleim und Eiterzellen abgesondert, welche das Secret dickflüssiger machen. Beim Oeffnen des Auges bedarf es jetzt schon einer sorgfältigen Reinigung zur deutlichen Erkennung der Theile, da das Secret Conjunctiva und Bulbus überfluthet und ihnen anhaftet. Noch später, allmählich oder auch ohne Uebergang, verwandelt sich diese Form des Secrets in eine mehr gelbliche, selbst eiterähnliche Flüssigkeit (Pyorrhoe).

Die örtliche Temperatur ist bei der ausgesprochenen Blennorrhoe stets erhöht; allgemeines Fieber ist nur selten — bei den stärksten Entzündungsformen und sehr erregbaren Individuen — vorhanden. — Die subjectiven Beschwerden sind anfänglich die des Katarrhs: Brennen, das Gefühl eines fremden Körpers im Auge u. s. w. In der Regel stellen sich jedoch bald heftige Schmerzen in Auge und Stirn ein, die sich verringern, wenn der Ausfluss reichlicher wird.

Die acute Blennorrhoe gehört zu den schwersten Augenkrankheiten. In besonders günstigen Fällen kann sie in drei bis vier Wochen in Heilung übergehen. Es schwindet dann zuerst, etwa nach acht bis zehn Tagen, das Oedem der Lider; allmählich verliert sich auch die Schwellung und Injection der Bindehaut und die Secretion lässt nach. Doch ist ein derartiger schneller Verlauf verhältnissmässig selten, zumal es sehr

häufig zu Complicationen kommt, die eine lange Heilungszeit erfordern. Ebenso kann sich aus der acuten Blennorrhoe die chronische entwickeln: doch geschieht dies nur ausnahmsweise.

Eine chronische Blennorrhoe gesellt sich bisweilen zu chronischen Conjunctival- oder Lidentzündungen; besonders oft zu Trachom. Die entzündlichen Erscheinungen sind bei weitem nicht so heftig wie bei der acuten Blennorrhoe. Es besteht kein Oedem der Lider; die Conjunctiva bulbi ist meist ohne stärkere Injection. Dagegen sind Palpebralbindehaut und Uebergangsfalte geröthet und gewulstet; die hypertrophirten Papillen treten meist stärker als in der acuten Form hervor, die Krause'schen Drüsen sind entzündlich infiltrirt und stark vergrössert (Wolfring). Bisweilen werden auch einzelne grössere Follikel sichtbar. Die Secretion ist massenhafter als beim gewöhnlichen Katarrh und hat eine mehr gelbliche Färbung und bisweilen eiterähnliche Beschaffenheit. Die chronische Blennorrhoe hat, ebenso wie die acute, grosse Neigung, Cornealaffectionen einzuleiten, wenn auch nicht in so schwerer Form.

Complicationen. Die Cornealaffectionen sind es vorzugsweise, welche bei der Conjunctivitis blennorrhoica dem Auge so grosse Gefahr bringen. — In der acuten Blennorrhoe tritt stets eine Ernährungsstörung der Cornea ein, die sich anfänglich durch eine leichte, durchscheinende, diffuse, grauliche Trübung der ganzen Membran zu erkennen giebt. So lange es nur bei dieser verbleibt, ist der Zustand nicht bedenklich: mit dem Rückgang des blennorrhoischen Processes verschwindet auch die Trübung. Schlimmer ist es, wenn sich eine mehr oder weniger ausgedehnte graue Infiltration in der Cornea bildet. Es löst sich dann meist nach einigen Stunden oder Tagen die oberflächliche Hornhautschicht ab, und es entsteht ein Hornhautgeschwür; je mehr sich dasselbe ausbreitet, je tiefer es in die Substanz eindringt, um so grösser die Gefahr. Hat das Geschwür dagegen Tendenz zur Heilung, so bildet sich in seiner Umgebung ein leicht grauer Hof und es kommen vom Hornhautrande Gefässe zu ihm; ein gelbeitriger, käsiger Hof hingegen spricht für weiteren Zerfall.

Die Hornhautaffection kann noch in einer anderen und besonders gefährlichen Form auftreten. Es entsteht gleich eine ausgedehnte grauliche Trübung des Gewebes, die mit intensiveren Strichen und Punkten durchsetzt ist und oft ihre durchsichtige Umgebung überragt; dann stösst sich meist die befallende Partie ab und verwandelt sich in ein durchsichtiges Geschwür. Die Durchsichtigkeit des Geschwürs kann trotz grosser Ausdehnung desselben ziemlich erhalten bleiben. Da der Kranke dementsprechend sieht, so wird die Gefahr, in der das Auge schwebt, bisweilen garnicht bemerkt. Es kommt hinzu, dass der dünne Geschwürs-

grund durch den Kammerwasserdruck etwas nach vorn gedrängt wird und so fast in gleichem Niveau mit dem normalen Hornhautrande liegt. Oft ist hier erst unter Anwendung der schiefen Beleuchtung die genaue Diagnose zu stellen; doch wird der erfahrene Arzt schon durch eine ungewöhnliche Durchsichtigkeit der Hornhaut und davon abhängige ungewöhnliche Schwärze der Pupille aufmerksam. Hier droht immer baldige und ausgedehnte Perforation. Bei der acuten Blennorrhoe der Erwachsenen sind solche Formen nicht selten, noch häufiger bei der Diphtheritis. —

Tritt ein Durchbruch der Cornea ein, so entleert sich die vordere Augenkammer, und die Regenbogenhaut oder die Linse legt sich in den Geschwürsgrund. Die Iris kann bei kleineren Perforationsöffnungen nach neuer Ansammlung von Flüssigkeit in der Augenkammer, und wenn das Geschwür sich abschliesst, wieder in ihre normale Lage zurückgehen. Dies geschieht jedoch nur selten, meist bleibt der vorgefallene Theil in der Hornhautöffnung liegen und wird vom Rande her übernarbt. Bleibt die Narbe im Niveau der Hornhaut, so entsteht ein Leucoma adhaerens, wölbt sie sich hervor, ein Staphyloma corneae. In einigen Fällen setzt sich der Entzündungsprocess auf die Iris und Chorioidea fort. Selbst zu einer Panophthalmitis kommt es bisweilen, die dann zur Zerstörung und Schrumpfung des Augapfels führt. Hat sich die Linse an den Geschwürsgrund gelegt, so entsteht in der Kapsel meist eine partielle Trübung, die sich aber auch in die Linsensubstanz fortsetzen kann. Wenn der Hornhautdurchbruch plötzlich und in grösserer Ausdehnung eintritt, und die Augenhäute unter einem starken Druck von innen her stehen, kann sogar eine Zerreissung der Zonula Zinnii mit secundärem Linsen- und Glaskörperaustritt aus der Hornhautwunde die Folge sein.

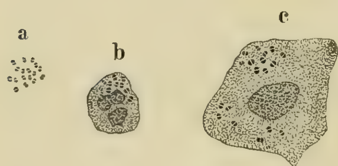
Die chronische Blennorrhoe, obwohl auch sie ausnahmsweise ähnliche Hornhautaffectionen hervorruft, veranlasst in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, wo sie die Cornea in Mitleidenschaft zieht, nur kleine Infiltrationen und Ulcerationen, oder auch Pannus.

Diagnose. Eine sehr acut auftretende Blennorrhoe mit ihrer starken Schwellung der Lidhaut, Hypersecretion u. s. w. wird nicht leicht zu Verwechslungen Anlass geben. Doch kommen subacute Formen vor, die wohl als Uebergangsformen zum Schwellungskatarrh aufgefasst werden können; hier bleibt es dem Belieben des Einzelnen überlassen, sie dieser oder jener Krankheitsgruppe einzureihen. — Von dem acuten Trachom (Granulationen) unterscheidet sich die Blennorrhoe dadurch, dass selbst im Anfangsstadium der ersteren, wo die Trachom-Follikel noch nicht so deutlich zu Tage liegen, die entzündlichen Symptome viel weniger heftig sind und die Secretion keine so stürmische ist. Nach

zwei bis drei Tagen zeigt sich die Körnerbildung, wodurch die Diagnose gesichert ist. Bei längerem Bestehen der Granulationen gesellt sich nicht selten eine chronische Blennorrhoe hinzu.

Die differentielle Diagnose zwischen Blennorrhoe und Diphtheritis siehe bei letzterer.

Ich will noch anführen, dass auch bei einem acuten Chalazion bisweilen im Beginn eine bedeutende ödematöse Schwellung der Lidhaut, seröser Erguss in die Conjunctiva bulbi und starke Schleimabsonderung vorkommt, so dass dieses Bild (geschwelltes Lid, das Auge kaum zu öffnen u. s. w.) eine Blennorrhoe vortäuschen könnte. Die Diagnose wird noch erschwert, da die Lidinfiltration, besonders wenn das Hagelkorn im oberen Lidwinkel sitzt, ein Ektropioniren und Besichtigen der Schleimhaut erschwert. Aber beim Chalazion findet sich stets eine umschriebene harte und infiltrirte Stelle in der Nähe des Lidrandes. Uebrigens würde der weitere Verlauf bald Aufklärung geben. —



144.
Gonokokken. a freiliegend, b in einem Eiterkörperchen, c in einer Epithelzelle.

Ebenso hüte man sich vor Verwechselungen mit Erysipel der Lider oder etwa mit eitriger Chorioiditis (Panophthalmitis). Bei letzterer sind die Lider ebenfalls geröthet und geschwellt. Die Absonderung ist schleimig-eitrig und vermehrt. Die starke Röthung, Spannungszunahme und das Hervortreten des Augapfels selbst, sowie die sonst erkennbaren Symptome der Chorioiditis lassen in Verbindung mit der Anamnese sofort das Richtige erkennen.

Aetiologie. Die gewöhnliche Entstehungsursache der schweren acuten Blennorrhoe ist in einer directen Uebertragung infectiöser Stoffe in das Auge zu suchen.

Meist findet man in dem Secret der acuten Blennorrhoe Neisser'sche Gonokokken, jedoch können die vorhandenen semmelförmigen Diplokokken als solche nur diagnosticirt werden, wenn sie zu Haufen vereint in den Eiterzellen selbst, den Kernen aufsitzend, liegen (vgl. Figur 144), und sich nach Gram'scher Tinction entfärben, da auch andere ähnlich gestaltete Arten von Diplokokken gelegentlich vorkommen. Bei Erwachsenen ist als Ursache einer acuten Blennorrhoe wohl stets die Gonokokken-Infection (Blennorrhoea gonorrhoica) anzusehen, sei sie Folge der Uebertragung des Secrets eines Harnröhren-Trippers oder einer gonorrhoischen Augenblennorrhoe. Bei Kindern, deren Schleimhaut succulenter ist und leichter in den blennorrhoischen Zustand übergeht, kann auch ohne Gonokokken eine Blennorrhoe entstehen. So durch Infection mit einer auf andern Ursachen beruhenden Vaginalleukorrhoe.

Letztere kommt speciell auch bei Kindern vor, die nicht tripper-inficirt sind, wie E. Fränkel erwies, der bei dieser Colpitis einen, dem Neisser'schen Diplococcus sehr ähnlichen, aber doch von ihm verschiedenen Coccus gefunden. Derselbe, Micrococcus subflavus, ist auch im Lochialfluss constatirt worden (Bumm) (siehe Blennorrhoa neonatorum).

Nach klinischen Erfahrungen scheint es nicht ausgeschlossen, dass das Secret der Conjunct. diphtheritica gelegentlich auch eine einfache Blennorrhoe hervorrufen kann, ebenso wie das blennorrhoische oder gonorrhoische Secret eine Diphtheritis conjunctivae. Es erklärt sich dies daraus, dass nach unserer Kenntniss gleichartige Bacterien dennoch verschiedenartige klinische Krankheitsbilder erzeugen können. —

Chronische Blennorrhoen und die subacuten Formen mit starken Schleimhautwucherungen und eitriger Secretion, wie man sie öfters bei scrophulösen Kindern findet, können sich auch ohne nachweisbare besondere Infection auf der Basis längerbestehender anderer Conjunctivalleiden entwickeln. In diesen Fällen habe ich nie Gonokokken, wohl aber oft zahlreiche Gruppen ausserhalb der Zellen liegender dickerer Bacillen neben grossen Kokken gesehen.

Therapie. Man suche vor Allem einer möglichen Ansteckung vorzubeugen. Tripperkranke und Leukorrhoische mache man auf die Gefahr aufmerksam, der sie sich bei Uebertragung des Secrets auf das Auge aussetzen. Auf Waschzeug, Handtücher ist nach der Richtung hin besonders zu achten. Ich habe Fälle gesehen, wo bei Tripperkranken, vermuthlich durch ihr Pince-nez, das herabhängend mit dem Harnröhrensecret in Berührung kam, eine Uebertragung stattfand. Ebenso wende man bei der Behandlung der Blennorrhoe die grösste Vorsicht an, um nicht Gesunde oder an anderen Augenkrankheiten Leidende anzustecken. Man sollte den mit acuter Blennorrhoe Behafteten, selbst im Hospital, in ein besonderes Zimmer bringen. Vermuthet man, dass bei einem Individuum Infection erfolgt ist, so kann man durch Einträufelung und Auswaschung mit Aqu. chlorata oder Höllensteinlösung das Gift zu zerstören suchen. Ist nur ein Auge ergriffen, so muss man das andere gegen Infection schützen. Man kann hierzu ein stark concaves Uhrglas benutzen, das an seinen Rändern mit breiten Heftpflasterstreifen beklebt und befestigt wird. So kann der Patient sein Auge gebrauchen und der Arzt gleichzeitig den Zustand desselben dauernd beobachten. Oder man legt ein Borlintläppchen auf das Auge, darüber Salicylwatte. Der Verband wird mit einem grossen Stück gelben Heftplasters bedeckt und festgeklebt. Man muss ihn alle 24 Stunden erneuern, um sich von dem Zustande des verdeckten Auges zu überzeugen. Zuweilen stellt sich unter dem Verbande eine Hyperämie oder ein leichter Katarrh der Conjunctiva ein: diese geben noch keine Contraindication gegen den Schutzverband. Nur bei wirklich beginnender Blennorrhoe ist derselbe fortzulassen. Bei acuter Blennorrhoe ist der Patient im Bett zu halten. Vor Allem bedarf es häufiger Reinigung des Auges und Entfernung des

zwischen den Lidern gesammelten Secrets. Man bedient sich dazu in Sublimatlösung getauchter Mullläppchen oder Watte. Indem man nach Auseinanderziehen der Lider die feuchten Lappen über dem Auge in einiger Höhe ausdrückt, werden durch das überströmende Wasser die consistenteren Partikelchen fortgeschwemmt. Oder man giesst mittels einer Undine die Lösung in das Auge; bei tieferen Hornhautaffectionen aber vermeide man es, den Strahl auf diese zu richten. Bei bösartigen Formen muss die Reinigung alle halbe Stunden vorgenommen werden, selbst während der Nacht. — Als bestes Mittel gegen die Blennorrhoe der Erwachsenen haben sich mir die Kalt'schen Irrigationen, mit einer lauwarmen Lösung von Kali hypermanganicum (1:10000) bewährt. Mit Hülfe eines Irrigators wird drei- bis viermal am Tage $^1/_2$—1 Liter dieser Flüssigkeit durch das Auge gespült. Diese Irrigationen werden bis zur Heilung fortgesetzt. Daneben sind eiskalte Umschläge von Borsäure- oder Sublimatlösung zu verordnen. Man halte streng darauf, dass, wenn die Umschläge gemacht werden, sie wirklich kalt sind. Nach etwa zwei Stunden fortgesetzter Umschläge kann man $^1/_2$ bis 1 Stunde Pause eintreten lassen. Die Lider trockne man zuweilen mit weicher Leinwand ab; um ein durch die Feuchtigkeit leicht entstehendes Ekzem zu verhindern, bestreiche man die Haut mit etwas Oleum amygdalarum dulcium. Lässt die Entzündung nach einigen Tagen nach und nimmt die Schwellung ab, so kann man grössere Ruhepausen in den Umschlägen gestatten, z. B. eine Stunde Umschlag und eine Stunde Unterbrechung. Noch später bedarf es der Umschläge nur 2 bis 4mal täglich $^1/_2$ bis eine Stunde; sie sind aber immer sofort nach der Anwendung der Topica zu machen. Ist die Spannung der Augenlider sehr gross und liegen sie dem Bulbus straff auf, so kann man durch Erweiterung der äusseren Lidcommissur (A. v. Graefe) den Druck, welchen Bindehaut und Augapfel durch die Lidhaut und den Ringmuskel (M. orbicularis) erleiden, bedeutend mildern und zugleich eine ergiebige Blutung erzielen. Der Schnitt wird horizontal in den äusseren Lidwinkel gemacht und ungefähr 6 mm lang nach aussen durch Haut, Muskel und Fascie geführt. Es wird hierdurch ein kleines arterielles Gefäss getroffen, das besonders bei Kindern eine ziemlich starke Blutung giebt. Auch erreicht man durch Drücken der Lider zwischen den Fingern oder Streichen (wenn man es so nennen will, durch Massage) oft eine auffällige Abnahme des Oedems und der Lidschwellung, so dass Patienten, die vorher das Auge spontan nicht öffnen konnten, es gleich nachher thun. Dies bringt grossen Nutzen, da eine schnellere Blutcirculation eintritt und die venöse Stauung gehoben wird. Gegen die meist vorhandene Hyperämie der Regenbogenhaut wird 2 bis 3mal täglich Atropin eingeträufelt.

Unter den sonstigen örtlichen Mitteln spielt bei der Blennorrhoe

der Höllenstein eine Hauptrolle. Aber es ist mit ihm in der Weise viel gesündigt worden, dass man einmal zu früh und dann zu intensiv ätzte, was in der That starke Zunahme der Entzündung und selbst Diphtheritis zur Folge haben kann. Man muss erst abwarten, bis die Lider ihre brettharte Spannung verlieren, die Schleimhaut ausgeprägte Papillenwucherung zeigt und weich wird, sowie reichliche und mehr schleimig-eitrige Secretion eingetreten ist. Dies geschieht bei schwerer, acuter Blennorrhoe etwa nach 3 bis 4 Tagen. Früheres Touchiren, wie es zum Zweck des „Coupirens“ geübt wurde, ist schädlich. Ich halte es sogar für besser, in der gekennzeichneten Periode an Stelle der Höllensteinlösung zuerst einen oder zwei Tage mit $1\frac{1}{2}$ procentiger Lösung von Plumb. acet. zu touchiren, um zu sehen, wie der Eingriff vertragen wird; eventuell kann man mit diesem milderen Adstringens morgens und abends touchiren. Nimmt aber die Absonderung und Schwellung der Schleimhaut mehr zu, so ist die 2procentige Höllensteinlösung am Platze. Auch kann besonders von solchen, welche in der Höllenstein-Anwendung nicht genügend geübt sind, das mildere Protargol (in 5—10proc. Lösung) benutzt werden. Genügt nach einiger Zeit auch diese nicht mehr, indem beständig eitrige Flüssigkeit secernirt wird und die Schleimhaut stark wuchert, so bestreicht man sie leicht mit einem Stift von Arg. nitric. c. Kal. nitric. (Lapi mitigatus), natürlich mit nachfolgender Neutralisation vgl. S. 16). Es ist von grosser Wichtigkeit, die Uebergangsfalte mit dem Mittel zu treffen; man muss daher sehr exact ektropioniren und sich eventuell das nicht ektropionirte Lid von einem Assistenten abziehen lassen. Die Tarsalschleimhaut bedarf seltener der Bestreichung.



145.
Scarificateur von Desmarres.

In der Regel genügt ein einmaliges Touchiren am Tage. Besonders darf man die Aetzung nicht wiederholen, wenn etwa noch ausgedehnter Aetzschorf vorhanden ist oder das Epithel sich nach Abstossung desselben noch nicht vollständig regenerirt hat. Man erkennt dies an einem weniger glatten Aussehen und leichtem Bluten der betreffenden Conjunctivalpartie. Diese Stelle ist jedenfalls nicht von Neuem zu ätzen. Bei starker Hyperämie und Schwellung kann man nach dem Aetzen auch noch durch oberflächliche kleine Einschnitte mit dem Scarificateur (Figur 145) eine nützliche Entspannung und Blutung herbeiführen. Selbst bei schon eingetretenen Hornhautaffectionen muss mit der Cauterisation zur Beschränkung des blennorrhoischen Processes fortgefahren werden, nur neutralisire man dabei um so aufmerksamer. Die Conjunc-

tiva bulbi ist für gewöhnlich nicht zu cauterisiren. Tritt eine erhebliche ödematöse Infiltration (Chemosis) hervor, so macht man kleine Incisionen radial gegen die Hornhaut mit der Scheere und lässt so die Flüssigkeit aus.

Einträufelungen von Augenwässern in stärkerer Dose (z. B. Höllensteinlösungen, Protargol) halte ich nicht für so günstig. Sie sind zwar für den Arzt bequemer, doch ätzt man auf solche Weise auch die Cornea und kann selbst durch eine Zerstörung des Epithels den Anstoss zu tieferen Cornealaffectionen geben. Schwächere Augenwässer oder antiseptische Lösungen (Sublimat u. dgl.) wirken aber nicht entsprechend. Nur bei den gelinder verlaufenden Blennorrhoen und im rückgängigen Stadium kommen neben den kalten Umschlägen zur Geltung die Tropfwässer von Argent. nitricum, Zinc. sulphuric., Tannin u. s. f. Bei stärkerer Wucherung und Absonderung muss aber auch hier die kranke Schleimhaut direct touchirt werden. Treten Hornhautaffectionen ein, so sind dieselben entsprechend zu behandeln (vgl. Krankheiten der Cornea). Droht ein Hornhautgeschwür mit Durchbruch, so kommt man letzterem durch eine frühzeitig gemachte Paracentese zuvor. Auch giebt bei ausgedehnten Geschwüren die Entfaltung der Iris durch Eserin oft eine wünschenswerthe Scheide- und Schutzwand gegen das Vordringen von Linse und Glaskörper. Stemmt sich die luxirte Linse in die Geschwürsöffnung, so lässt man sie nach Durchreissung der Linsenkapsel austreten, um sonst leicht entstehenden inneren Entzündungen des Auges vorzubeugen. Bildet sich während der Behandlung der acuten Blennorrhoe ein Ectropium des Lides, so muss man es dauernd zu reponiren suchen. Am besten gelingt dies, indem man nach der Reposition einen Druckverband anlegt und ihn 12 bis 24 Stunden liegen lässt. Die Reposition ist für die ganze Behandlung von grosser Bedeutung, da z. B. kalte Umschläge nicht gut von der ektropionirten blossliegenden Schleimhaut vertragen werden. —

Die chronische Blennorrhoe behandelt man gleichfalls bei stärkerer Schleimhautwucherung und Absonderung am besten durch tägliches Touchiren der Bindehaut mit Höllenstein-, Blei- oder Tanninlösung, je nach der Schwere des Falles, und durch kalte Umschläge. Auch der Alaun- oder Kupferstift (oder auch ein Stift von Cuprargol) — letzterer vorzugsweise bei fleischigen Papillarwucherungen ohne erhebliche Secretion — empfiehlt sich hier oft. Wird Höllenstein zu lange Zeit angewandt, so kann sich durch Aufnahme des Silbers in das Gewebe eine grauschwärzliche Färbung, Argyrose der Conjunctiva, bilden. Die Pigmentirung trifft besonders das elastische Gewebe der Conjunctiva (Hoppe). Man wechselt auch aus diesem Grunde gern; überhaupt gewöhnt sich die Schleimhaut nach einiger Zeit an die topischen Mittel, und man

erzielt alsdann durch andere bessere Fortschritte. Von grossem Nutzen sind auch bei der chronischen Blennorrhoe die adstringirenden Augenwässer und Salben, zumal sie den Vortheil haben, dass der Patient sie zu Hause ohne Beihülfe des Arztes anwenden kann. Zu ersteren wird das Argent. nitric., Plumb. acetic., Zinc. sulphuricum u. s. w. verwandt, zu den Salben besonders Cupr. sulphur. und Plumb. acet. (etwa 2%). Doch nur wo Hornhautulcerationen fehlen, bediene man sich des Bleis, da anderenfalls Niederschläge in das Geschwür erfolgen könnten. — Recht empfehlenswerth ist auch hier, besonders wenn gleichzeitig Pannus besteht, die modificirte Guthrie'sche Salbe (Argent. nitric. fus. 0·4, Acet. plumb. gtt. IV, Ung. Paraffini 8·0. Täglich ein Hanfkorn gross ins Auge zu streichen).

Ophthalmia gonorrhoica. Mit diesem Namen wird die acute Conj. blennorrhoica bezeichnet, welche in Folge einer Uebertragung von Trippersecret auf die Conjunctiva auftritt. Derartige directe Uebertragung ist bei Weitem die häufigste Ursache der Ophthalmia gonorrhoica. Ricord und Roosbroek haben aber auch eine consensuelle Blennorrhoe bei Tripperkranken beschrieben, die stets sehr milde verläuft und sich meist mit Gelenkaffectionen verbindet; so ist in dem von Roosbroek beobachteten Falle bei demselben Individuum in sechs Jahren 5mal eine Blennorrhoe beider Augen mit gleichzeitigem Tripper und Gelenkaffectionen aufgetreten. Auch ich habe mehrmals doppelseitige Conjunctivitis, unter dem Bilde einer sehr leichten Blennorrhoe oder eines Schwellungskatarrhs verlaufend, gleichzeitig mit Tripper-Rheumatismus beobachtet; einer der betreffenden Patienten wurde einige Zeit später von einer leichten Iritis befallen. Haltenhoff hat neuerdings eine Anzahl solcher Fälle zusammengestellt. — Die durch directe Ansteckung hervorgerufene Ophthalmia gonorrhoica geberdet sich in der Regel als äusserst acute Blennorrhoe; nicht selten erscheint sie sogar als Diphtheritis mit grosser Neigung zu Hornhautaffectionen. Im Conjunctivalsecret, selbst in der ulcerirten Hornhaut und im Irisgewebe (Dinkler) werden Gonokokken gefunden. Ausnahmsweise beobachtete ich bei einem Erwachsenen trotz Gonokokken im Secret eine in einigen Tagen heilende einfache Conjunctivitis. — Auch eine Iritis kommt, wie erwähnt, in Folge von Gonorrhoe, besonders in Fällen, wo Tripper-Rheumatismus vorhanden ist, gelegentlich vor.

Ophthalmia neonatorum.

Unter diesem Namen sind verschiedene Bindehautaffectionen der Neugeborenen zusammengeworfen worden: Hyperaemia conjunctivae, Conjunctivitis catarrhalis, Blennorrhoea conjunctivae, Keratitis xerotica und die hier ausserordentlich seltene Diphtheritis. Die Häufigkeit dieser Krankheiten bei Neugeborenen — (leichte Absonderung der Conjunctiva mit Schwellung des unteren Lides kommt in den ersten Lebenstagen ungemein oft vor) — erklärt sich zum Theil durch ungewohnten Lichtreiz, Temperaturwechsel, unreinliche Behandlung u. s. w.

Die eigentlichen Blennorrhoen sind wohl meist auf Uebertragung ansteckenden Secrets zurückzuführen, nicht immer ist aber Trippergift,

was sie verschuldet. Ich habe den Gonococcus in einer Reihe von Fällen — selbst bei der Mutter — nicht gefunden. Neuerdings hat Groenouw unter 40 Fällen ihn 14mal vermisst: ausser Gonokokken fanden sich oft Staphylokokken, bisweilen Pneumokokken, Bacterium coli etc. Axenfeld constatirte einmal bei einer schweren Blennorrhoe eines Neugeborenen mit ausgedehnten Pseudomembranen virulente Diphtheriebacillen. Das öftere Fehlen der Gonokokken wurde in letzter Zeit auch von v. Ammon, Bach, Cramer und Anderen bestätigt. Es ist zweifellos, dass auch durch nicht-gonorrhoisches Secret der einfachen Leukorrhoe oder des Wochenflusses — ähnlich wie nach Bockhart's Untersuchungen durch nicht-gonorrhoisches Scheidensecret eine Urethritis — ebenfalls eine Blennorrhoea neonatorum veranlasst werden kann, zumal bei Neugeborenen eine besondere Neigung der Conjunctiva und Lidhaut zu Hyperämien und Schwellungszuständen vorhanden ist, die auf histologischen Eigenheiten beruht. Nach Ablauf der acuten Blennorrhoe schwillt die Schleimhaut allmählich ab: eine chronische Blennorrhoe mit Auftreten einer länger währenden Papillarhypertrophirung (chronische Blennorrhoe) wird bei Neugeborenen nicht beobachtet.

Die Prophylaxe ist von besonderer Wichtigkeit. Neben dem Ausspülen der Scheide leukorrhoischer Frauen mit antiseptischen Lösungen vor und während der Geburt (Haussmann), empfiehlt sich sofortiges, sorgfältiges Abwaschen der Lider der Neugeborenen gleich nach der Geburt, womöglich noch vor dem Wickeln. Credé hatte zuerst in seiner Gebäranstalt die Prophylaxe in der Weise auf sämmtliche Neugeborene ausgedehnt, dass er noch ausser Reinigen der Lider einen Tropfen 2procentiger Höllensteinlösung in den Conjunctivalsack zur directen Desinfection einträufeln liess. Allerdings folgt bisweilen eine gewisse Reizung der Instillation; ja es sind sogar einzelne Fälle bekannt geworden, wo schwere Hornhautaffectionen danach eintraten. Ich kann daher nicht empfehlen, dass den Hebammen vorgeschrieben wird, allen Neugeborenen die Credé'schen Einträufelungen zu machen. Auch könnten etwa trotz der Einträufelungen entstehende Blennorrhoen (wie ich solche beobachtet) einfach auf den Reiz der Höllensteinlösung geschoben und dem Arzt nicht zugeführt werden; letzteres geschieht leider auf Anlass der Hebammen auch ohne dies schon oft genug! Wohl aber sollte die Instillation von ihnen ausgeführt werden überall dort, wo die Mutter an verdächtiger oder reichlicher Leukorrhoe leidet oder die vorher geborenen Kinder an Blennorrhoe erkrankt waren. Anders ist es in Gebäranstalten, in denen die früher so überaus häufigen Ophthalmien nach Einführung des Credé'schen Verfahrens oder ähnlicher Maassnahmen (bisweilen auch auf blosse Reinigung der Augen nach der Geburt) fast ganz verschwunden sind. Als weniger reizend und mindestens ebenso

desinficirend, möchte ich die Anwendung der Aqua chlorata vorschlagen. Auch später muss beim Waschen und Baden der Neugeborenen grösste Reinlichkeit in Schwämmen und Wasser beobachtet werden.

Die Ophthalmia neonatorum tritt gewöhnlich am 3.—8. Tage nach der Geburt auf. Doch sind auch einzelne Fälle beobachtet, wo die Blennorrhoe intrauterin entstanden war.

Handelt es sich um eine durch Trippergift entstandene Blennorrhoe, so ist die Affection meist — aber durchaus nicht immer — eine schwere, doch entschieden weniger bedenklich als die gleiche Krankheit bei Erwachsenen. In einem von mir beobachteten Falle hatte das neugeborene, von der gonorrhoischen Mutter inficirte Kind eine mässige, ohne Hornhautbetheiligung und ohne ärztliche Behandlung geheilte Blennorrhoe durchgemacht; die zwölfjährige Schwester, welche das Kind pflegte, steckte sich an und bekam eine sehr schwere, zu Cornea-Perforation führende Blennorrhoe: sowohl bei ihr als bei dem Neugeborenen wurden zahlreiche Gonokokken im Conjunctivalsecret gefunden. Andererseits kommen auch ohne Gonokokken-Befund schwerere Blennorrhoen gelegentlich zur Beobachtung.

Die Behandlung richtet sich natürlich nach dem Grade der Erkrankung. Bei einfachen Hyperämien und Katarrhen wird man mit häufiger Reinigung, kalten Umschlägen und adstringirenden Augenwässern auskommen. Die Blennorrhoe ist wie S. 423 angegeben zu behandeln; auch hier touchire man anfänglich mit milderen Adstringentien (Bleilösung) und gehe erst, wenn die Eiterung stärker und die Schleimhaut weicher geworden ist, zur 2procentigen Höllensteinlösung oder bei übermässig starker und langbestehender Schleimhautwucherung zum mitigirten Stifte über. Die kalten Umschläge (bei stärkerer Lidschwellung mit Eis gekühlt) von 2procentiger Borsäurelösung, lasse man 1/2 Stunde lang mit folgender 1—2stündiger Pause machen; zum Schutze der empfindlichen Haut der Neugeborenen kann man die Lider mit Süssmandelöl bestreichen. Scarificationen und Liderweiterungen vermeide man wegen des Blutverlustes. Besonders ist auch für gute Pflege und Ernährung der Kinder zu sorgen. Dass bei letzterer einfach durch Reinigung der Augen und Vermeidung jeder Hornhautverletzung Fälle zur Heilung kommen, lässt sich vielfach beobachten (Lamhofer). Meist sind beide Augen bereits erkrankt, wenn das Kind zur Behandlung kommt. Ist nur eins erkrankt, so kann man öfters das zweite durch tägliches Einträufeln von 2procentiger Höllensteinlösung von der Infection freihalten; ein Schutzverband lässt sich bei Neugeborenen schlecht machen. In der Regel heilt bei entsprechender und frühzeitiger Behandlung der Process, ohne dass die Hornhaut verloren geht. Es können umschriebene Perforationen eintreten, aber ausgedehntere Leukome und Staphylome,

die einen so grossen Procentsatz von Erblindungen gerade nach der Ophthalmia neonatorum liefern, sind fast immer Folge zu später oder nicht correcter Behandlung. Die bei Erwachsenen empfohlenen Kaltschen Irrigationen halte ich für zu umständlich.

Man muss von der Blennorrhoea neonatorum die Keratomalacie der kachektischen Neugeborenen trennen. Bei letzterer erweicht und exfoliirt die Hornhaut und ist rettungslos verloren; da aber die Injection der trocken aussehenden Conjunctiva ganz gering ist, ebenso die Secretion fehlt, so ist die Unterscheidung leicht. Meist gehen diese Kinder bald zu Grunde. — Der Arzt wird gut thun, bei der Behandlung der blennorrhoischen Kinder eine Schutzbrille aufzusetzen, da beim gewaltsamen Auseinanderziehen der Lider oft das Secret fontaineartig hervorspritzt.

Conjunctivitis membranacea s. crouposa.

Bei gewissen Blennorrhoen, besonders jüngerer Kinder, bedeckt sich die Conj. palpebralis mit einer croupösen Membran, die sich grösstentheils von der unterliegenden Schleimhaut leicht abziehen lässt. Von der eigentlichen Diphtheritis conjunctivae unterscheidet sich die Affection meist durch die grössere Dünnheit der Häute und dadurch, dass letztere sich eben abziehen lassen, was bei der Diphtheritis wenigstens in dieser Ausdehnung nicht der Fall ist, da die Einlagerung in das Schleimhautgewebe selbst stattfindet. Dennoch sind auch bei ihr die Löffler'schen Diphtheriebacillen gefunden worden (Uhthoff-Fränkel). Ich habe sie ebenfalls in einzelnen Fällen constatirt, in anderen fehlten sie; einmal waren Staphylokokken in voller Reincultur vorhanden; auch Streptokokken kommen vor.

Die Membranbildung tritt öfters bei scrophulösen Kindern auf: sie kann sich zu dem secundären Schwellungskatarrh einer Ophthalmia phlyctaenulosa oder zu Lidausschlägen gesellen. Die Prognose ist im Ganzen günstig, indem die Cornea verhältnissmässig selten ergriffen wird. Die Behandlung besteht in einem Abziehen der Membranen, die sich bisweilen sogar über die Conj. sclerae fortsetzen, und Touchiren der blossgelegten Schleimhaut mit Adstringentien (Tannin, Blei oder Arg. nitric.). Daneben kalte Umschläge mit schwachen Borsäurelösungen.

II. Schwellungskatarrh (epidemischer Katarrh).

Der Schwellungskatarrh tritt in der Form des acuten Conjunctivalkatarrhs auf, unterscheidet sich aber von diesem dadurch, dass er eine erheblichere Schwellung, Infiltration und Hyperämie der Uebergangs-

falte zeigt. Auch ist die Absonderung eines schleimig-eitrigen Secrets reichlicher. Der Schwellungskatarrh bildet gewissermaassen ein Zwischenglied zwischen der Conj. simplex und der Blennorrhoe. Die Affection zeigt sich primär bisweilen in kleineren Epidemien, so in Schulen; ihr Secret ist ansteckend. Da bei jugendlichen Individuen öfters Follikelbildung hinzutritt, so werden irrthümlicher Weise diese Schulepidemien hier und da als trachomatöse (ägyptische Augenkrankheit) bezeichnet. Secundär gesellt sich der Schwellungskatarrh besonders gern zu scrophulösen Augenleiden, z. B. Phlyktänen oder eitrigen Hornhautinfiltrationen, so dass ihn Klein auch als „Blennorrhoea scrophulosa“ beschrieben hat. Der Verlauf ist der des acuten Katarrhs, doch meist viel langwieriger. Die Therapie muss beim primären Schwellungskatarrh anfangs ableitend und antiphlogistisch sein. Abführmittel, kalte Umschläge mit Wasser oder schwacher Borsäurelösung mehrmals täglich $^1/_2$ bis 1 Stunde lang. Aqua chlori kann schon früh mit Vortheil eingeträufelt werden; nicht selten leistet auch die Einpinselung von Tanninlösung vorzügliche Dienste. Sind die heftigsten Zufälle geschwunden, so wird der Schwellungskatarrh wie die Conj. catarrhalis adstringirend behandelt, am besten durch directes Touchiren der Uebergangsfalten. Dieses ist auch bei secundär auftretendem Schwellungskatarrh angezeigt.

Ophthalmia exanthematosa.

Masern, Scharlach, Gesichtsrose und Blattern sind in ihrer Ausbruchs- und Blütheperiode meist mit Affectionen der Conjunctiva verknüpft, die sich als reine Hyperämie oder Katarrh darstellen. Nur in seltenen Fällen, wenn die Exantheme gerade auf den Lidern ihren Sitz haben, steigert sich die Entzündung zu Schwellungskatarrhen. Besonders bei scrophulöser Anlage findet dies häufiger statt, gleichzeitig mit circumscripter Hornhautinfiltration. Charakteristisch selbst bei den leichtesten Formen ist eine bedeutende Lichtscheu. — Treten hingegen derartige Augenentzündungen im Desquamationsstadium ein, so sind sie erheblich gefährlicher und geben zu ausgeprägten Schwellungskatarrhen, selbst zu leichten Blennorrhoen und Cornealaffectionen Veranlassung. So finden sich besonders bei der Variola blatterpustelähnliche Eiterabscesse und -Infiltrationen in der Hornhaut, die nicht selten zur Perforation führen. Aber selbst nach Masern und Scharlach kann man im Nachstadium schwere eitrige Hornhautprocesse gleichzeitig mit Conjunctivalaffectionen auftreten sehen. Auch stammt nicht selten von der Zeit der Ausschlagskrankheiten her eine Neigung zu recidivirenden Augenaffectionen beispielsweise zur Conj. phlyctaenulosa.

Bei den einfachen Hyperämien und Katarrhen genügt es meist, wenn man durch mässiges Verdunkeln des Zimmers das Auge gegen besonders grelles Licht schützt. Es ist aber nützlich, so viel Licht zu lassen, dass die Kinder durch Beschäftigen mit grösserem Spielzeug zum Oeffnen der Augen veranlasst werden. Die Augen sind öfters mit lauem Wasser zu waschen. Nur bei stärkerer Conjunctivitis und Absonderung wende man 2 bis 3mal täglich kühle Wasserumschläge an, wobei man die empfindliche Haut durch auf die Lider aufgelegte, mit Süssmandelöl angefeuchtete Leinwandläppchen schützt. Im Uebrigen werden Adstringentien je nach Form und Schwere der Krankheit in Anwendung zu ziehen sein.

III. Trachoma. Conjunctivitis granulosa.

Das Trachom kann mit starker Entzündung der Conjunctiva (acutes Trachom, acute Granulationen) oder in mehr chronischer Form ohne besondere entzündliche Erscheinungen auftreten. Nicht selten ist es, dass zum chronischen Trachom sich von Zeit zu Zeit eine acute Conjunctivalentzündung, selbst Phlyktänenbildung gesellt.

1) Acutes Trachom. Die Körnerbildung tritt hier unter dem Bilde eines intensiven Bindehautkatarrhs auf. Die Conjunctiva ist stark geröthet, ihre Schwellung anfangs aber nur mässig. Dazu gesellt sich eine vermehrte Thränenabsonderung, welcher nur sparsam und selten ein Schleimflöckchen beigemischt ist.

In der Regel besteht — zum Unterschiede gegen den einfachen Katarrh — pericorneale Injection. Diese kann jedoch bald schwinden und ist nie so ausgedehnt und gesättigt, wie bei Erkrankungen der Cornea, Iris u. s. w. Die Trachomfollikel selbst haben ihren Sitz anfänglich auf der Lidbindehaut, besonders in der Nähe der Uebergangsfalte und des äusseren Augenwinkels. Sie erscheinen als stecknadelkopf- bis hirsekorngrosse, weisslichgelbe, etwas durchscheinende Hervorragungen. Vorzugsweise auf der gerötheten Tarsalschleimhaut des oberen Lides kommen daneben noch kleine, stecknadelkopfgrosse, intensiv graue oder gelblich gefärbte Flecke vor, die im Niveau liegen oder es nur wenig überragen (crude Granulationen). Nach einigen Tagen vergrössern sich die Körner und werden undurchsichtiger. Auch die Uebergangsfalten sind jetzt stärker befallen. Bald gesellt sich auch eine mässige Schwellung der Conjunctivalfalten und Papillen hinzu.

Nach 8 bis 10 Tagen sind durch die Röthung und Schwellung der Schleimhaut und der Papillen die Granulationen meist dem Anblick einigermaassen entzogen, indem ihre gelblich-weisse Farbe und ihre halbkugel- oder eiförmige Gestalt nicht mehr so deutlich hindurchscheinen.

Es kann jetzt die Affection ähnliche Erscheinungen bieten, wie die der secundären Blennorrhoe. Doch lässt die rundliche Form der Erhabenheiten immer noch das ursprüngliche Leiden erkennen, zumal sich auch hier und da immer noch durchscheinende Trachomfollikel finden. Die subjectiven Beschwerden sind die eines acuten Katarrhs.

So kann der Zustand Wochen lang bestehen, bis endlich die Schleimhaut nach Resorption der Körner zur Norm zurückkehrt. In anderen Fällen wird die Schleimhaut- und Papillenschwellung chronisch oder sie schwindet und lässt nunmehr die Trachomfollikel als gröbere, sagoähnliche Körner zurück.

Die Hornhaut wird bei den acuten Affectionen nur wenig gefährdet; kleine randständige Geschwüre oder Abscesse, in seltenen Fällen eine mit Gefässen durchzogene Trübung (Pannus) können secundär auftreten.

2) Chronisches Trachom. Die chronischen Granulationen bleiben entweder nach Ablauf eines acuten Granulationsprocesses zurück oder sie zeigen sich gleich von Anfang an ohne besonders ausgeprägte entzündliche Erscheinungen als etwa hirsekorngrosse, graugelbliche, wenig durchscheinende, mehr oder weniger hervorragende Körnchen in der Conjunctiva. Ihr Hauptsitz ist das in der Uebergangsfalte oder ihrer Nähe gelegene Gebiet der Conj. palpebralis; besonders gern nehmen sie die Gegend des äusseren Augenwinkels ein, doch sind sie im ganzen Conjunctivalsack verbreitet. Stets wird auch das obere Lid befallen. Selbst auf der Conjunctiva bulbi können echte Trachomfollikel auftreten.

Die diagnostischen Unterschiede zwischen dem Trachom und der Conj. folliculosa sollen bei der Besprechung der letzteren Affection angegeben werden.

Die chronischen Granulationen können ohne erhebliche Röthung der Schleimhaut vorkommen oder mit ausgesprochener Hyperämie; aber auch in ersterem Falle sieht man Gewebsveränderungen in Infiltration oder Narbenbildung bestehend. Meist ist die Gefässinjection vermehrt, die Schleimhaut zeigt mehr oder weniger ausgeprägte Papillenschwellung. Es können die Papillen nur so gering hervortreten, dass sie der Schleimhaut das Aussehen geschorenen Sammts geben, indem sie etwa stecknadelspitzgross sind, oder sie wuchern stärker, selbst zu kleinen Wärzchen sich erhebend. Man muss nicht selten genau zusehen, um bei den stark ins Auge springenden, pallisadenartigen, röthlichen Hypertrophien der Papillen die kleinen gelblichen Granulationskörner nicht zu übersehen. Stellwag beschreibt diese Form als „gemischtes Trachom“, während er die reine Granulations-(Trachom-)Bildung als „reines, körniges Trachom“ abhandelt. Sein sogenanntes „rein papillares Trachom“ wird besser als chronische Blennorrhoe aufgefasst, da eben die

Papillen das Substrat des Krankheitsprocesses bilden; aber auch sie ist oft Folge von Trachom.

In späteren Stadien, meist wenn schon Narbenbildung eingetreten ist, kommt auch ein mehr diffuses Zusammenschmelzen der Granulationen vor: die Schleimhaut, besonders am orbitalen Rande der Tarsalbindehaut, ist alsdann mit einer grauen, undurchsichtigen, nicht mehr in einzelne Körner zerlegbaren Masse infiltrirt (sulziges Trachom).

Auch die Conjunctiva bulbi injicirt sich gelegentlich. Eine gewisse Neigung zu Congestivzuständen fehlt überhaupt selten: sie tritt bei jedem kleinen Reize, beim Erwachen aus dem Schlafe, selbst bei Gemüthsaffecten hervor. Dennoch kommen häufig Fälle vor, wo schon lange chronische Granulationen bestehen, ohne dass die Patienten es wissen, da sie auf die geringen subjectiven und äusserlich wenig sichtbaren objectiven Symptome kein Gewicht gelegt haben. Das Secret bei den chronischen Granulationen ist äusserst verschieden. Bei einfachen und wenig zahlreichen Einlagerungen kann eine Absonderung fast ganz fehlen, oder es zeigt sich nur ein vermehrter Thränenfluss, meist untermischt mit kleinen Flocken trüben Schleimes. Je mehr jedoch die Papillen sich secundär an dem Process betheiligen, um so reichlicher und eiterähnlicher wird die Secretion. In der Regel werden beide Augen befallen; doch habe ich Fälle gesehen, bei denen trotz jahrelangen Bestehens der Erkrankung ein Auge frei geblieben war.

Die subjectiven Beschwerden sind, wie erwähnt, oft unbedeutend. Wegen der vermehrten Reizbarkeit der Augen können die Patienten den Aufenthalt im Tabaksrauch, starken Wind, Staub u. s. w. nicht gut vertragen. Bei grellem Licht, besonders künstlicher Beleuchtung verliert das Auge seine Ausdauer.

Verlauf. Die chronischen Granulationen bestehen Monate und Jahre lang. Meist bildet sich dabei eine leichte Ptosis heraus. Die vermehrte Schwere des Lides, Narbenverbindungen zwischen Lid- und Bulbus-Schleimhaut, schliesslich auch die Gewohnheit bei langdauernden Augenentzündungen durch Zukneifen dem Lichtreiz zu entgehen, spielt hierbei eine Rolle. Die spontane Heilung des Trachoms ist selten. Bei ausdauernder und zweckentsprechender Behandlung kann aber ein vollständiges Schwinden derselben erreicht werden, so dass nach Jahren kaum eine Spur der früheren Krankheit zu erkennen ist. Nur bleibt meist eine eigenthümliche, diffuse, etwas bläulichweisse Färbung der sonst intact aussehenden Schleimhaut, vorzugsweise am unteren Lide, übrig, welche den Geübten auf die Diagnose des früheren Leidens führt.

In vernachlässigten Fällen kommt es zu ausgedehnten Bindehautschrumpfungen. Die Narben liegen als sehnige, milchfarbene Streifen

oder Flecke in der Conj. palpebralis, besonders in der des oberen Lides. Ebenso wird auch der Uebergangstheil von senkrecht verlaufenden Narbenfältchen durchzogen; öfters liegen zwischen den Narben noch vereinzelte Granulationen oder Papillarwucherungen (Narbentrachom). Ist die Schrumpfung sehr ausgedehnt, so kann die ganze Uebergangsfalte verloren gehen, indem die Conjunctiva palpebralis direct in die Conj. bulbi übersetzt (Symblepharon posterius). Ein noch höherer Grad des Leidens zieht auch die Scleralbindehaut mit in den Process und bringt sie zum Schwunde. Die Bindehaut des Lidrandes erscheint dann mit dem Cornealrande verbunden (Symblepharon anterius). Die Lider können nicht mehr geschlossen werden, es entsteht Lagophthalmus. Durch derartige Veränderungen der Schleimhaut wird natürlich auch die Befeuchtung des Auges gemindert: es kommt zu einer Austrocknung der Theile. Das Epithel wird, wo es noch vorhanden, nicht mehr von der unzureichenden Flüssigkeit abgelöst und fortgeschwemmt und erscheint rauh und trocken (Xerophthalmus). — Ebenso führen die Narben und Schrumpfprocesse in der Conjunctiva zu Veränderungen in der Stellung der Augenwimpern (Trichiasis und Distichiasis). Nicht selten entsteht Entropium, besonders des oberen Lides. Das schon äusserlich sichtbare muldenartige Aussehen des Lides deutet auf Schrumpfung der Schleimhaut und Verkrümmung des Knorpels. Auch Verengerung der Lidspalte (Blepharophimosis) ist häufig. Im Gegensatz zum Entropium kann, bei einer gleichzeitigen Mitbetheiligung des Lidknorpels am Entzündungsprocess durch Erweichung und Formveränderung und durch Hypertrophirung der Schleimhaut, wenn auch seltener, das Lid nach auswärts gewendet werden. Es ist hiermit, besonders beim unteren Lide, zugleich ein Abstehen des Thränenpunktes gesetzt. In Folge dessen können die Thränen nicht in normaler Weise in die Nase geleitet werden und laufen über die Wangen (Epiphora).

Die Cornea wird in verschiedener Art befallen: durch kleine Epithelialverluste, Geschwüre, Infiltrate; vor Allem aber durch Pannus. Der Pannus, meist in der oberen Hälfte der Cornea sitzend, entsteht primär entweder in Gestalt kleiner umschriebener Hornhautinfiltrate oder als eine den ganzen oberen Hornhautsaum einnehmende, graue Infiltration, in die sich die Randgefässschlingen erstrecken, secundär durch mechanisches Reiben der Lidgranulationen und der schiefstehenden Wimpern, wodurch kleine Substanzverluste und Infiltrate veranlasst werden. Er ist bei einiger Intensität nur langsam rückgängig zu machen; selbst wenn dies geglückt, bleibt Neigung zu Recidiven. Doch kann man mit Ausdauer oft überraschende Erfolge für das Sehvermögen erzielen. Nur die sehr tief liegenden intensiven Trübungen sind einer genügenden Klärung unzugängig. Ebenso störend für das Sehen wirkt

die öfters vorhandene unregelmässige Krümmung (Kerektasie u. s. w.) der Cornea.

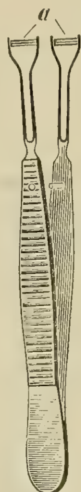
Aetiologie. Das Trachom (Körnerkrankheit entsteht durch directe) Uebertragung von infectiösem Secret einer trachomatösen Erkrankung. Je mehr durch Zusammenwohnen vieler Menschen (so in Kasernen, Waisenhäusern, Pfleganstalten u. s. w.), durch Unreinlichkeit (Benutzung desselben Waschzeuges, der Handtücher) oder gegenseitige Berührung (z. B. beim Zusammenschlafen, wie es noch in manchen Gegenden Sitte ist; in hessischen Dörfern schläft oft die ganze Familie in einem einzigen Bett) die Uebertragung begünstigt wird, um so häufiger tritt die Krankheit auf. Es kann so zu grösseren Epi- oder Endemien kommen. Am stärksten verbreitet ist die Krankheit in Aegypten („ägyptische Augenentzündung") und Arabien, in Europa besonders im Osten. In den Provinzen Ost- und Westpreussen hat die Krankheit eine solche Ausbreitung gefunden, dass in den letzten Jahren von Seiten des Staats in energischer Weise eingeschritten werden musste (cf. die Veröffentlichungen von Greeff, Hirschberg, Hoppe, Kirchner, Kuhnt). Ebenso findet sie sich auch häufig in Ungarn, Holland, Belgien, Hessen. Gebirgsländer wie die Schweiz sind fast ganz frei; es erscheint mir aber fraglich, ob gerade die Höhenlage, wie Chibret will, hierbei eine ausschlaggebende Rolle spielt: Zusammenstellungen aus der Provinz Hessen haben mir gezeigt, dass dort wenigstens der Höhenlage der Ortschaften keine besondere Bedeutung zuzuschreiben ist. In den bessern Ständen kommt das Leiden sehr selten vor, — weil eben die Gefahr einer Infection ferner liegt. Auch bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren ist Trachom selten. Ob auch ohne directe Uebertragung die granuläre Ophthalmie entstehen kann, ist zweifelhaft, doch scheinen mir einzelne Fälle, bei denen eine solche vollkommen ausgeschlossen war, sowie andere, bei denen man nach längerem Bestehen chronischer Conjunctivalprocesse gelegentlich eine Granulationsentwickelung beobachtete, dafür zu sprechen.

Die Prognose ist um so günstiger, je früher eine correcte Behandlung eingeleitet wird. Ist der Process noch nicht zu weit vorgeschritten, fehlen also noch ausgeprägte narbige Veränderungen oder tiefere Hornhautaffectionen, so kann durch die Therapie, welche aber lange und sorgfältig, oft durch Jahre fortzusetzen ist, Heilung erzielt werden. Nicht allzu selten setzt aber auch der allgemeine Körperzustand derselben Hindernisse; besonders schwere und hartnäckige Erkrankungen findet man bei Scrophulösen.

Therapie. Im Beginne der acuten Granulationen mache man kalte Umschläge mit schwacher Blei- oder Borsäurelösung. Gegen stärkere Lidschwellung ist das Bestreichen der äusseren Lidhaut mit

Bleiessig oder Höllensteinlösung mit Vortheil anzuwenden. Dabei empfehle man dem Kranken absolute Schonung des Auges und Schutz gegen helles Licht. Sobald die Papillarwucherung zunimmt, bildet man durch Einträufelung von Aq. chlorata den Uebergang zu stärkeren Adstringentien. Es bedarf hierbei einer gewissen Umsicht, da man einen bestimmten Entzündungs- und Schwellungsgrad der Conjunctiva bestehen lassen muss, um die Granulationen zur Resorption zu bringen und ihr Chronischwerden zu vermeiden. Es würden sich demnach, wie der Reizungszustand es erfordert, Indicationen finden für den Gebrauch der schwachen Adstringentien (Tannin, Alaun, Zinc. sulfur., Plumb. acetic.) bis zur Höllensteinlösung. Letztere ist jedoch nur bei ausgesprochener secundärer Blennorrhoe anzuwenden. Auch eine 1procentige Creolinlösung kann gelegentlich von Nutzen sein.

Die Cornealaffectionen und Iris-Hyperämien sind mit Atropin zu behandeln; in hartnäckigeren Fällen ist nach den später bei den Hornhautkrankheiten zu gebenden Regeln vorzugehen.



146.
Knapp's Rollpincette.

Ist das Trachom in das chronische Stadium gekommen, oder handelt es sich überhaupt um ein solches, das ohne entzündliches Stadium entstanden ist, so wird man die Trachomkörner mechanisch zu entfernen suchen. Als bestes und bequemstes Mittel erscheint mir das unter localer Anästhesirung (Cocaïn, Holocaïn) vorzunehmende Ausquetschen derselben. Man bedient sich hierzu der Knapp'schen Rollpincette, welche die trachomatöse Conjunctivalfalte zwischen sich fasst. Sie besteht aus zwei kleinen horizontalen, geriefte, gegen einander reibenden und sich drehenden Cylindern an Pincetten-Branchen (a). Um auch eine Branche auf die Lidhaut setzen zu können, habe ich einen Arm der Pincette in eine glatte Platte auslaufen lassen, so dass nur auf die Conjunctiva die Rolle wirkt. Kuhnt bedient sich an Stelle der Rollpincette eines pincettenähnlichen Instrumentes (Expressor), das in zwei durchlöcherten Platten ausläuft. Bei der Rollpincette darf man die zwischen den Rollen gefasste Schleimhaut nicht zu sehr anziehen, um sie nicht einzureissen. Man quetscht nicht nur die Trachomfollikel mit ihr aus, sondern wirkt auch auf die zwischen ihnen liegenden Lymphzellen-Einlagerungen zerstörend; wie mir mikroskopische Präparate zeigten, werden dieselben in ihrer Gestalt verändert und in das anliegende Bindegewebe eingepresst. Die Operation ist nicht übermässig schmerzhaft und kann nöthigenfalls in verschiedenen Sitzungen vorgenommen und wiederholt werden. Nach dem Ausquetschen spült man

die Schleimhaut mit Sublimatlösung (1:5000) ab und lässt kalte Umschläge machen.

Die Zerstörung der Trachomkörner ist auch in anderer Weise versucht worden. So durch Cauterisiren mit dem Galvanocauter (Korn), durch Anstechen und Auskratzen mit einem scharfen Löffel (Sattler) und durch die Excision der befallenen Schleimhautpartien. Während man früher nur einzelne Granulationen ausschnitt (Pilz), hat man neuerdings die ganze Uebergangsfalte (Galezowski) oder wenigstens grosse Stücke der mit Granulationen durchsetzten Schleimhaut und des darunter liegenden erkrankten Tarsus (vom oberen Lide bis zu einer Länge von $1\frac{1}{2}$ cm und Breite von 1 cm) in einer Sitzung excidirt (Heisrath aus Jacobson's Klinik). Wenn die Wunde nicht zu gross ist, bedarf es keiner Naht. Sonst lege man die Nähte nur an den Enden der Wunde an und lasse die Mitte frei, um nicht die Hornhaut zu reizen; nach der Operation werden beide Augen durch einen Druckverband geschlossen und mehrere Tage unter demselben gehalten. Die Excision ist öfters von Nutzen, doch hüte man sich, zu grosse Partien der Schleimhaut zu entfernen.

Ausser diesen operativen Mitteln erfordert die Schleimhaut noch eine weitere medicamentöse Behandlung. Meist wird es sich um adstringirende Mittel handeln (Zinc. sulfuricum, Tannin). Ist die Papillarwucherung und die Absonderung stärker, so sind energischere Mittel anzuwenden: directes Touchiren der ektropionirten Lidschleimhaut mit 2procentiger Lösung von Plumb. acetic. mit folgendem Wassernachspülen oder mit 1procentiger Höllensteinlösung mit nachfolgender Neutralisation; auch das Bestreichen mit stärkerer Sublimatlösung (1:500) oder dem glatten Alaunstift bringt Nutzen.

Der Blaustift (Cuprum sulfuricum) ist nur indicirt als Heilmittel bei starken, trockenen Papillarwucherungen ohne erhebliche Secretion und ferner bei den Trachomformen, wo die Körner in einer ziemlich blassen Schleimhaut eingelagert sind: auf letztere wirkt er reizend und hyperämisirend, damit die Trachomkörner leichter resorbirt werden; man wende ihn daher hier nur von Zeit zu Zeit an. Ich finde im Allgemeinen, dass der Blaustift viel zu häufig benutzt wird; bei falscher Indication entstehen leicht übermässige Reizungen und Narben. Die Lösungen oder Salben von Cupr. sulfuricum, die adstringirend wirken, lassen sich durch weniger schmerzerregende Mittel ersetzen. An Stelle des Kupferstiftes kann man übrigens für die gleichen Indicationen auch den milderen Cuprargolstift benutzen. Finden sich Narben zwischen den Papillarhypertrophirungen, so sind natürlich nur die der letzteren mit dem Topicum zu bestreichen. Uebrigens thut man gut, von Zeit zu Zeit mit den Mitteln zu wechseln.

Als specifisches Mittel ist auch das starke Abreiben der granulösen Schleimhaut mit einer Sublimat-Lösung (1:2000) empfohlen worden (Keining, v. Hippel). Ich habe den Eindruck, dass das Verfahren nur durch den mechanischen Reiz beziehentlich das Zerquetschen der Körner wirkt, da man ohne sehr kräftiges Abreiben — es bildet sich danach ein weisslicher Belag auf der Schleimhaut — keine, andere Topica übertreffende Wirkung erzielt.

Die Complication der Granulationen mit Pannus erfordert kein Abweichen von der sonstigen Behandlungsweise; mit dem Schwinden der Granulationen geht auch er meist zurück. Andernfalls wird er noch besonders in Angriff zu nehmen sein (vgl. Keratitis pannosa).

Vorzugsweise durch Wecker's Empfehlung ist ein in Brasilien bereits lange übliches Volksmittel gegen die Granulationen, Jequirity, hier und da in Aufnahme gekommen. Man benutzt eine 2 bis 3procentige Maceration der enthülsten und gepulverten Körner von Abrus precatorius, die man sich am besten selbst durch dreistündiges Ausziehen mit kaltem Wasser frisch bereitet. Bepinselt man ausgiebig und mehrmals innerhalb einer Viertelstunde mit einer solchen Lösung die ektropionirte granulirte Schleimhaut, so beginnt meist nach einigen Stunden eine charakteristische Conjunctivalentzündung. Die Lidhaut schwillt an und wird prall, geröthet und enorm hart, die Conjunctiva zeigt schon am nächsten Tage einen croupösen Belag, wässeriges molkiges Secret fliesst reichlich aus dem Auge. Heftigere Schmerzen und Schlaflosigkeit treten bei stärkeren Entzündungen auf. Die Reizperiode mit Neubildung croupösen Belags und unter Absonderung einer schleimig-eitrigen Secretion dauert mehrere Tage; dann tritt allmählicher Rückgang ein. Oft schwillt die Lid- und Wangenhaut an; selbst Gangrän derselben ist beobachtet worden (Vossius). Aber nicht immer genügt eine einmalige Bepinselung, — man muss sie alsdann am nächsten Tage wiederholen oder auch zehn Minuten lang Umschläge mit der Lösung machen lassen. Manche Augen zeigen überhaupt wenig Neigung zu heftigerer Reaction; besonders bei Narbentrachom fehlen öfters die acuten Erscheinungen.

Die Ursache der Wirkung des Jequirity-Infuses wurde anfänglich von Sattler in den zahlreichen Bacillen gesucht, welche man nach einigem Stehen in ihm findet. Doch haben die Versuche von v. Hippel, der trotz allen Fehlens der Spaltpilze (in carbolisirten Lösungen) dieselbe Ophthalmie hervorrief, und weitere Untersuchungen (Neisser, Salomonson) die Unhaltbarkeit dieser Anschauung erwiesen. Das Secret selbst ist nicht ansteckend, demnach auch keine Uebertragung auf das andere Auge zu befürchten. Da bisweilen die Hornhaut angegriffen wird, so unterlässt man bei intacter Hornhaut am besten die Einimpfung der Jequirity-Ophthalmie, zumal ihre gute Wirkung vorzugsweise bei Pannus hervortritt. Bei secundärer Papillarwucherung und Blennorrhoeschwellung ist die Einimpfung überhaupt contraindicirt. In der Regel zeigt sich der Erfolg aber erst nach wiederholten Anwendungen, so dass es mir fraglich geblieben ist, ob nicht die sonst üblichen Behandlungsmethoden Gleiches in derselben Zeit geleistet haben würden.

Jedenfalls ist die Jequirity-Ophthalmie der zur Heilung des Pannus empfohlenen Einimpfung von Trippersecret vorzuziehen. Der Einfluss auf Rückbildung der Granulationen selbst ist gering.

Trichiasis, Blepharophimosis, Ectropium oder Entropium bedingen meist operative Eingriffe.

Ophthalmia militaris (Aegyptica).

Es sind unter diesem Namen verschiedenartige, epidemisch unter dem Militär auftretende Augenkrankheiten zusammengefasst worden. Die erste derartige Epidemie wurde bei der französischen Armee in Aegypten (1788) von Larrey genauer beschrieben. Später wütheten Epidemien in der französischen Armee in Italien und in den englischen Heeren, 1813 in der preussischen Armee, noch in neuerer Zeit in der belgischen. Dieselben wurden in ihrer Verbreitung begünstigt durch Strapazen, enges Zusammensein, mangelnde Bekleidung u. s. w. So wurden Officiere, Aerzte und Chargirte viel seltener befallen. Die sogenannte Ophthalmia militaris umfasst einfache Katarrhe, epidemische Katarrhe, Trachom, Blennorrhoen, vielleicht auch Diphtheritis: es spricht hierfür die Angabe Jüngken's, dass nicht selten Augen in 24 Stunden verloren gegangen sind. Jetzt bezeichnet man als „ägyptische Augenkrankheit" gewöhnlich das Trachom.

IV. Affectio folliculosa conjunctivaë. Conjunctivitis folliculosa.

Die einfachen Follikel zeigen sich als weissliche, blassrothe oder blassgelbliche, halbkugelige oder ovale, meist durchscheinende oder bläschenförmige Körnchen, die das Niveau der Conjunctiva überragen; sie sitzen häufig in den äusseren Augenwinkeln und sind in der Regel nur sparsam vorhanden; sind sie zahlreicher, so zeigen sie eine perlschnurartige Anordnung. Das obere Lid ist in der Regel normal. Man bezeichnet diese Affection am besten als Affectio folliculosa conjunctivae oder einfach als Follikelbildung. Gesellt sich hierzu eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Conjunctivitis, so passt der Name Conjunctivae folliculosa. Besonders häufig sieht man sie — ohne erhebliche Conjunctivitis — bei Schulkindern oder bei anämischen Individuen.

Die einfachen Follikel sind oft recht hartnäckig, doch bergen sie keine Gefahr für das Auge und sind nicht wie die Trachomfollikel von Narben gefolgt. Tritt die Follikelbildung acut mit einer Conjunctivitis auf, so erfolgt auch meist schnellere Heilung.

Es wird jetzt fast von allen Ophthalmologen die Conj. folliculosa (Bläschenkatarrh) vom Trachom (Körnerkrankheit) unterschieden. Nur noch Wenige stehen auf dem unitarischen Standpunkt und betrachten beide Affectionen als eine einzige Krankheit, aber auch diese trennen dieselbe klinisch in eine leichtere (Conj. folliculosa) und in eine schwerere Form (Trachom).

Die Actiologie ist in manchen Fällen durch Aufenthalt in engen, schlecht ventilirten Räumen gegeben; in anderen scheint die Constitution, besonders Anämie und Scrophulose, und ebenso Ueberanstrengung der Augen von Einfluss. Auch nach länger fortgesetzten Atropineinträufelungen treten zahlreiche Follikel bei einzelnen Individuen auf; ebenso habe ich sie nach Eserininstillationen gesehen.

Folgende Momente, welche zur differentiellen Diagnose gegenüber dem Trachom dienen, sind besonders zu beachten. Die einfachen Follikel treten nicht so zahlreich wie die Trachomfollikel auf; sie reichen fast nie bis zum vorderen Theile der Tarsalschleimhaut. Am oberen Lide fehlen sie in der Regel ganz; jedoch sieht man gelegentlich ein paar kleine Follikel am orbitalen Rande der Tarsalschleimhaut oder in dem äusseren Winkel. Das Vorhandensein einzelner Follikel am oberen Lide spricht also nicht absolut gegen die Diagnose Conj. folliculosa. Eher kann man ihr Fehlen als gegen das Vorhandensein von Trachom argumentirend ansehen.

Die einfachen Follikel zeigen ein mehr durchscheinendes bläschenartiges Aussehen und haben etwa die Grösse eines Stecknadelkopfes, sind scharf abgegrenzt und ragen — im Verhältniss zu ihrer Grösse — stärker hervor als die Trachomkörner, welche durchschnittlich undurchsichtiger und mehr gelblich, auch gewöhnlich im Horizontaldurchmesser grösser sind und stets auch das obere Lid befallen. Immer fehlt bei der Conj. folliculosa ein stärkeres Ergriffensein des conjunctivalen Bindegewebes. Die Conjunctiva behält selbst bei lange bestehender Follikeleinlagerung ihr durchsichtiges, glattes Aussehen, während bei Granulationen bald Trübung, Verdickung, gleichmässig rothe Injection, Unebenheiten und grössere Hervorragungen auftreten; selbst bei torpiden Granulationen ohne stärkere Gefässentwicklung nimmt die Schleimhaut ein eigenthümlich trübes, bisweilen wachsähnliches Aussehen an. Sobald Narbenbildung sichtbar, kann überhaupt nicht mehr an eine Conj. folliculosa gedacht werden (fortgesetztes Touchiren mit dem Kupferstift kann allerdings auch bei einfacher Conj. folliculosa in der Schleimhaut eine leichte narbige Verfärbung herbeiführen). —

In der Mehrzahl der Fälle ist mit Sicherheit die Diagnose zwischen Conj. folliculosa und Granulationen zu stellen*. Trotzdem wird dieselbe noch oft verfehlt: manche sogenannte Trachomepidemie in einem Truppentheil oder einer Schule verschwand einfach dadurch, dass ein

* Leider stehen die im Jahre 1897 für das deutsche Heer erlassenen „Directiven zur Untersuchung und Beurtheilung augenkranker Militärpersonen" noch auf dem unitarischen Standpunkt. Doch unterscheiden sie eine schwere und eine leichtere Form der Trachomerkrankung; unter letzterer sind diejenigen „granulösen (folliculäre) Bindehautkatarrhe (Augen-Gr. I) zu verstehen, bei welchen vorwiegend oder ausschliesslich die untere Uebergangsfalte und die Bindehaut des unteren Lides Neubildung auf gesunder oder höchstens mässig gerötheter, aufgelockerter und absondernder Bindehaut zeigt, während das obere Lid gesunde oder nur leicht katarrhalische Bindehaut aufweist". Recruten, die diese Form haben, können eingestellt werden.

anderer Arzt sie als Conj. folliculosa erkannte. Bei einer epidemischen, schnell sich ausbreitenden acuten Conjunctival-Erkrankung in den Schulen handelt es sich nie um Trachom; natürlich werden sich aber in Orten, wo Trachom endemisch ist, unter den erkrankten Schülern auch Trachomatöse finden. — Leider werden noch allzu oft Eltern, deren Kinder ein paar Follikel in der Schleimhaut des unteren Lides haben, unnöthigerweise mit dem Schreckbilde der granulären Ophthalmie geängstigt.

Nur in Einzelfällen ist die Diagnose nicht sofort mit Sicherheit zu stellen. So kann acutes Trachom ganz im Anfang — ehe die Schleimhautwucherung hinzutritt — einer Follikelbildung mit acuter Conjunctivitis ähnlich sehen, und andererseits kann bei sehr zahlreicher Follikelentwickelung mit ungewöhnlicher Conjunctivalhyperämie und Schwellung eine sichere Trennung von chronischen Granulationen schwer fallen. Doch unterscheidet auch hier die längere Beobachtung: bei der Conj. folliculosa kommt es nicht zu so starken Papillarwucherungen, auch treten, wie erwähnt, keine Narbenbildungen ein, ebenso entwickelt sich kein Pannus.

Die Therapie hat eine vorhandene Conjunctivitis durch kühle Umschläge und Adstringentien zu bekämpfen; besonders ist hier Natr. biboracic. (4proc.) und der Alaunstift empfehlenswerth. Fehlt jede Hyperämie der Schleimhaut, so kann man durch gelegentliches Betupfen mit Cupr. sulphuric. — etwa alle Wochen einmal — oder Einträufeln von Kupferglycerin die Conjunctiva zeitweise hyperämisiren und so die Resorption der Follikel befördern. Sehr zweckmässig zur Abkürzung des Processes ist auch hier die Anwendung der Roll-Pincette. Weiter wird man für eine gesunde Lebensweise bezüglich Luft und Nahrung zu sorgen haben. Uebrigens schwinden die Follikel, welche man bei Kindern findet, häufig mit zunehmendem Lebensalter von selbst.

5. Conjunctivitis diphtheritica.

Die Diphtheritis der Conjunctiva charakterisirt sich durch Einlagerung von fibrinösem Exsudat in das Gewebe. Im allerersten Beginn der Affection bietet die Conjunctiva nur die Zeichen des Katarrhs; sie ist geröthet, Thränen und Secretion sind vermehrt. Doch deutet eine gewisse Steifheit der Lider beim Befühlen und Ektropioniren, die sich bald zu einer fast brettartigen Festigkeit steigert, auf fibrinöse Einlagerungen hin, selbst ehe sie für das Auge sichtbar werden. In kurzer Zeit, meist 12 bis 24 Stunden, gesellt sich Oedem der äusseren Lidhaut,

damit verbundenes Herabhängen des prallen, glänzenden oberen Lides und Chemosis hinzu. Jetzt zeigen sich auch auf der Palpebralbindehaut die eingelagerten fibrinösen Massen als weisslich-graue Flecke, in denen die normale Gefässbildung vollständig fehlt. Zwischen diesen Plaques ist die Schleimhaut mässig geröthet und es lassen sich stärkere Gefässe in ihr unterscheiden, die plötzlich am Rande der Einlagerungen abschneiden. — Nicht selten sind bei ausgedehnter Diphtheritis die Lidränder und die äussere Lidhaut ergriffen. Aber oft sitzen auch abziehbare Faserstoffmembranen (croupöse) der Conjunctiva auf; darunter findet sich dann das diphtheritisch durchsetzte Conjunctivalgewebe. Aehnliche Pseudomembranen können auch, wie erwähnt, bei der Blennorrhoea membranacea vorkommen, doch ist hier das darunter liegende Conjunctivalgewebe nicht von faserstoffhaltigen Exsudaten durchsetzt; auch fehlt die Steifheit und Härte der Lider. Allerdings ist zu beachten, dass in manchen Epidemien von Diphtheritis die Lider verhältnissmässig weich und leicht ektropionirbar bleiben. Mikroskopisch zeigen die Membranen eine amorphe, mehr oder weniger körnige, fibrinöse Masse, an deren Oberfläche und Rändern Eiterzellen haften. Die Secretion bei der Conj. diphtheritica besteht in einer dünnen, schmutzig gefärbten Flüssigkeit, in der wenige gelbliche Flocken schwimmen. In dem Secret finden sich in der Regel Diphtherie-Bacillen. Aber ich habe auch ausnahmsweise Fälle von ausgeprägter klinischer Conjunctival-Diphtherie gesehen, in denen bei Culturanlegung nur Staphylokokken oder auch nur Streptokokken vorhanden waren: Befunde, die von bacteriologischer Seite bestätigt wurden. — Meist besteht bei dieser Affection bedeutende Schmerzhaftigkeit, die sich beim Berühren der Lider zu einer oft unerträglichen Höhe steigert, sodass man selbst in einzelnen Fällen genöthigt sein kann, um die Lider zu ektropioniren, zum Chloroformiren der Patienten seine Zuflucht zu nehmen. Daneben ist oft Fieber vorhanden; besonders bei Kindern habe ich sehr hohe Temperaturen beobachtet.

Verlauf. Am 6. bis 12. Tage, zuweilen noch früher, geht die Diphtheritis bei günstigem Verlauf in Blennorrhoe über. Die brettharten Lider werden weicher und elastischer. Die Einlagerungen schwinden allmählich, indem sie zum Theil abgestossen, zum Theil resorbirt werden; das Conjunctivalgewebe wird blut- und saftreicher.

Die vermehrte Papillarwucherung zeigt sich in Form von kleinen röthlichen Erhabenheiten. Auch das Secret nimmt einen schleimig-eitrigen, blennorrhoischen Charakter an. Der Verlauf wird jetzt ähnlich dem der Blennorrhoe, doch lässt die bald eintretende Schrumpfung und die Ausbildung ausgedehnteren Narbengewebes Rückschlüsse auf die vorausgegangenen tieferen Einlagerungen machen. — Besonders deletär für das Auge sind bei der Diphtheritis die Hornhautaffectionen. Die-

selben treten in verschiedenen Formen auf; zuweilen mit einer solchen Schnelligkeit, dass in 24 Stunden eine normale Hornhaut in einen gelblichen Brei verwandelt wird, der dann berstet und den Augeninhalt theilweise herauslässt. Schliesslich findet man als Rest der Cornea eine kleine, gelbliche Scheibe bei gleichzeitiger Atrophie des Auges. In den weniger heftigen Affectionen bildet sich erst eine leicht grauliche Trübung der ganzen Hornhaut, die dann an einer Stelle ein mit schmutzigem, gelbgrauem Detritus bedecktes Geschwür erkennen lässt, das mit grosser Schnelligkeit in die Tiefe greift und in die vordere Kammer durchbricht. Doch verschliessen sich diese Perforationsöffnungen gerade bei der Diphtheritis sehr rasch, indem sich eine weissliche, cohärente diphtheritische Masse kappenförmig auf sie legt. Eine dritte Form des secundären Hornhautleidens bilden die bei der Blennorrhoe beschriebenen Abstossungen des Epithels und der einzelnen Corneallamellen, bei denen die Durchsichtigkeit noch lange erhalten bleibt. Nach Perforation der Cornea können die bei der Blennorrhoe geschilderten Folgezustände (Irisvorfall, Linsenverlust u. s. w.) eintreten.

Die Prognose ist stets sehr bedenklich; sie ist um so günstiger, je später, also je näher dem blennorrhoischen Stadium, die Hornhautaffection eintritt. Die allerschlechteste Aussicht ist in dieser Beziehung vorhanden, wenn der diphtheritische Belag confluirend die ganze Schleimhaut einnimmt; hier geht die Cornea meist sehr früh verloren, und es wird kaum gelingen, ein sehfähiges Auge zu erhalten. Weniger schlecht ist die Prognose bei umschriebenen und partiellen Einlagerungen. Doch kann selbst die leichteste Diphtheritisform zum Ruin des Auges führen.

Differentielle Diagnose. Wir beschränken uns hier darauf, die Unterschiede zwischen Blennorrhoe und Diphtheritis aufzuzählen, da die übrigen Conjunctivalerkrankungen, abgesehen von der bereits erwähnten Conj. membranacea, kaum mit der Diphtheritis verwechselt werden können. 1) Die echte Diphtheritis ist ein Allgemeinleiden. Gelegentlich folgt bei Kindern Rachen- und Larynxdiphtherie, selten gehen sie voran. 2) Viel stärkere Wärmeentwicklung im diphtheritischen Auge. 3) In der Regel grosse Steifheit des Lides, das sich brettartig anfühlt und schwer zu ektropioniren ist, selbst bei längerem Bestehen der Diphtheritis; bei der Blennorrhoe verliert sich die anfängliche Steifheit viel früher. 4) Die diphtheritische Schleimhaut zeigt glatte, gelbliche, gefässlose Plaques in grösserer oder geringerer Ausdehnung eingelagert. Dieselben lassen sich nicht entfernen. Daneben röthliche, mit kleinen Apoplexien durchsetzte Conjunctivalpartien. Bei der Blennorrhoe gleichmässige Röthung und starke, saftige Schwellung der Schleimhaut, später Faltenbildung mit Papillarwucherung. 5) Bei der Diphtheritis ist das Gewebe mit fibrinösem Exsudate (wie Einschnitte zeigen) bis in die

Tiefe hinein durchtränkt; während bei der Blennorrhoe die Schleimhaut nur durch flüssiges und zelliges Exsudat unter dem Epithel geschwellt ist. Findet sich hier eine membranöse Auflagerung, die besonders bei Kindern vorkommt, so lässt sie sich grösstentheils abziehen oder abwischen. 6) Bei der Diphtheritis ist durch die Einlagerung die Blutcirculation gehemmt, die Schleimhaut wenig blutreich; bei der Blennorrhoe ist der Blutlauf relativ frei, die Schleimhaut mit stark gefüllten, zahlreichen Blutgefässen überall durchsetzt. 7) Bei der Diphtheritis sehr lebhaftes und dauerndes Schmerzgefühl, besonders beim Berühren der Lider: mässigeres, oft früh verschwindendes bei der Blennorrhoe.

Wie schon erwähnt, geht die Diphtheritis später in ein blennorrhoisches Stadium über, wo dann natürlich die Symptome beider Affectionen zusammenfallen.

Aetiologie. Man findet das klinische Bild der Diphtherie der Conjunctiva auch in Fällen, wo eine Einwirkung des specifischen diphtheritischen Contagiums nicht vorhanden ist (Pseudo-Diphtherie): so kann eine Blennorrhoe durch übermässige Höllenstein-Anwendung den Charakter der Diphtherie annehmen: bei scrophulösen Kindern setzen oft schmutzig belegte Ulcerationen der Lidränder auf die Conjunctiva über und bilden daselbst diphtheritische Infiltrationen. Wie oben erwähnt, sind in einzelnen Fällen nur Staphylokokken oder Streptokokken gefunden worden. Die eigentliche Diphtheritis der Conjunctiva tritt nur selten auf. Am gefährdetsten ist das zweite bis vierte Lebensjahr. Schon vorhandene Augenentzündungen und frische traumatische Eingriffe prädisponiren bei entstehender diphtheritischer Epidemie vorzugsweise zu dieser Affection. Durch directe Uebertragung kann das diphtheritische Contagium ebenfalls fortgepflanzt werden, aber auch aus blennorrhoischer, gonorrhoischer oder leukorrhoischer Infection sieht man gelegentlich das klinische Bild einer Diphtheritis des Auges sich entwickeln. —

Therapie. Ist nur ein Auge von der Diphtheritis ergriffen, so suche man das andere durch einen Schutzverband zu sichern. Es wird dies im Allgemeinen weniger leicht gelingen als bei der Blennorrhoe: doch mache man den Versuch. Auf das Auge selbst werden Eisumschläge gelegt, im Beginn häufiger, später mit grösseren Unterbrechungen. Manche Ophthalmologen empfehlen auch warme Umschläge. Dabei ist für häufige Reinigung des Auges mit einer desinficirenden Flüssigkeit (z. B. Sublimatlösung 1:5000) zu sorgen. Einmal hatte ich einen sehr günstigen Erfolg von den bei der Blennorrhoe beschriebenen Kalt'schen Irrigationen mit Lösung von Kali hypermanganicum: es war ein Fall, wo nur Streptokokken sich fanden. In anderen Fällen schien mir die Injection von Behring'schem Heilserum

besonderen Nutzen gebracht zu haben, da ausser Reinigung und kalten Umschlägen nichts angewandt wurde und doch der Verlauf sehr günstig war. Früher habe ich von Scarificationen der Conjunctiva (Jacobson), aber zwischen den infiltrirten Partien in das rothe, blutreiche Gewebe gemacht, auch öfters Nutzen gesehen. Ebenso schien mir die von Wolfring gerühmte Behandlung von Vortheil. Man reibt dabei mit dem Finger, täglich 1 bis 2 Mal, direct und energisch in die infiltrirten Partien der ektropionirten Schleimhaut gelbe Präcipitatsalbe (0·3 auf 10·0 Vaseline) ein. Weiter sind Bepinselungen mit Kalkwasser, starker Sublimatlösung, Citronensaft empfohlen worden.

Oertliche Blutentziehungen in der Schläfe sind nur bei grosser Schmerzhaftigkeit und bei kräftigen Individuen zu machen. Das Aetzen der Schleimhaut mit Arg. nitricum ist auf der Höhe der Diphtheritis durchaus verwerflich.

Nur im ausgesprochenen blennorrhoischen Stadium ist in der, bei der Therapie der Blennorrhoe ausführlich geschilderten Weise zu touchiren und zwar anfänglich noch sehr vorsichtig, etwa mit einer Bleilösung beginnend.

Ferner hat man die acute Mercurialisation angewandt, da sie einen Einfluss auf die Ueberführung der Diphtheritis in Blennorrhoe zu haben scheint (v. Graefe). Doch wird man auf die eingreifende Wirkung des Quecksilbers wohl besser verzichten, wenngleich die Augendiphtheritis in der Regel nicht eine derartige schwere constitutionelle Erkrankung darstellt, dass ein letaler Ausgang zu befürchten wäre. Nur in seltenen Fällen und bei sehr schwächlichen Kindern habe ich denselben beobachtet. Frühzeitig ist Atropin einzuträufeln, um Hyperämien der Iris entgegenzutreten. Bei tiefen, umschriebenen Hornhautgeschwüren macht man die Paracentese im Geschwürsgrunde und sucht einen dauernden Abfluss des Kammerwassers und damit Herabsetzung des intraocularen Druckes dadurch zu erhalten, dass man die stets sich neubildenden und die Oeffnung verschliessenden diphtheritischen Klappen beständig entfernt.

6. Pterygium, Flügelfell.

Das Pterygium wird gebildet durch eine sich von der Peripherie des Bulbus nach dem Hornhautrande hin und später über ihn fortcrstreckende dreieckige, hypertrophische Conjunctivalfalte, welche eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Flügel einer Fliege hat. Man unterscheidet an ihm 1) den breiteren Rumpf, welcher sich peripher in die Conjunctiva verliert; 2) den Hals, der über dem Hornhautrande liegt und vorzugsweise als Falte hervortritt; man kann ihn hin- und herschieben,

oft auch mit der Sonde 2 bis 3 mm unter seine umgestülpten Ränder gehen; 3) den Kopf, der gewöhnlich als weisser, gewulsteter oder auch sehnenartiger, stumpf abgerundeter Fleck dem Cornealgewebe aufsitzt; meist noch vorn von einem kleineren Hof umgeben. Die Farbe des Flügelfelles ist verschieden je nach der stattgefundenen Gewebs- und Gefässhypertrophie; sie kann von Weiss bis zu gleichmässigem Roth übergehen. In letzterem Falle bezeichnet man es als Pterygium crassum s. carnosum. — Das Pterygium sitzt in der Lidspaltenzone, am häufigsten an der inneren Seite des Bulbus, seltener an der äusseren. Zuweilen treten an demselben Auge zwei Pterygien auf; auch beide Augen werden öfters befallen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt grösstentheils die Bestandtheile der Conjunctiva: Bindegewebe mit eingestreuten, elastischen Fasern von oft zahlreichen meridional verlaufenden Blutgefässen durchsetzt. Bisweilen entstehen darin kleine Cysten. Die Oberfläche wird von Epithel bedeckt; die Bowman'sche Membran unter ihm geht grösstentheils zu Grunde.

Die echten Pterygien gehen aus der Pinguecula hervor. Der hier bestehende Degenerationsprocess schiebt sich auf die Hornhaut fort, wobei die Bindehaut als Falte nachgezogen wird (Fuchs). Während im Beginne das Pterygium progressiv ist, kann später ein vollkommener Stillstand eintreten: alsdann pflegt der vordere Randsaum dick und narbenähnlich auszusehen. Zu trennen hiervon sind die Pseudo-Pterygien. So geben kleine randständige Hornhaut-Ulcerationen öfters die Veranlassung zu ähnlichen Faltenbildungen, indem sie bei ihrer Vernarbung die anliegende Conjunctiva heranziehen (Arlt). Ferner kann während einer Blennorrhoe, wo sich die Conjunctiva als ödematöser Wall um die Cornea erhebt, ein Theil dieser Chemosis mit einem Hornhautulcus verwachsen. Es findet sich dann häufig, wenn das Ulcus von der Peripherie etwas entfernt sitzt, ein röhrenartiger Gang unter dem Halse des Pterygiums.

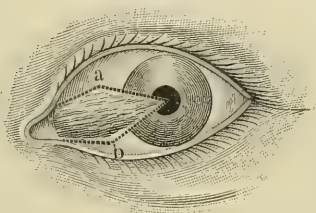
Je näher der Kopftheil des Pterygiums dem Hornhautcentrum rückt, um so mehr tritt natürlich der schädliche Einfluss dieses undurchsichtigen Gewebes auf die Sehkraft hervor. Ganz am Rande auslaufende Pterygien schaden dem Sehvermögen nicht viel; nur aus kosmetischen Gründen wird öfters ihre Entfernung gewünscht.

Vorzugsweise häufig werden echte Flügelfelle bei gewissen Handwerkern beobachtet, die bei ihrer Beschäftigung sich kleineren Verletzungen der Augen durch Einfallen von Staub u. dgl. aussetzen müssen: so bei Cigarrenarbeitern, Maurern, Steinmetzen u. s. w. Da ihre Entstehung durch eine grössere Schlaffheit der Conjunctiva begünstigt wird,

so leiden vor Allem ältere Individuen daran. In südlicheren Klimaten kommen sie am häufigsten vor. —

Therapie. Bei Entzündung und Injection der Pterygien touchirt man sie mit adstringirenden Lösungen und lässt kühle Umschläge machen. Ist das Pterygium progressiv und bedroht die Sehkraft, oder wird sonst die Entfernung gewünscht, so lässt sich die Operation in verschiedener Weise ausführen.

Man trennt die auf der Cornea sitzende Spitze mit einer gebogenen Lanze oder einem bajonettähnlichen schmalen Messer sorgfältig ab und präparirt dann noch den Hals auf 3 bis 4 mm von dem Cornealrande nach der Peripherie zu von der Sclera ab. Die beiden so entstandenen divergirenden Wundränder werden durch zwei nach der Peripherie des Bulbus gerichtete convergirende Schnitte wieder vereinigt und das dazwischen liegende Flügelfell entfernt (siehe Figur 147). Der rhomboidähnliche Defect wird gedeckt, indem man die Wundränder der Conjunctiva zusammennäht. Es entsteht so eine lineare Narbe, in der a mit b durch Naht vereinigt wurden. Um bei breiteren Pterygien den Defect nicht zu gross zu machen — es kann sonst durch Contraction der zur Bedeckung herangezogenen Conjunctiva nach einiger Zeit eine Beweglichkeitsbeschränkung, selbst vollkommene Seitwärtsstellung des Bulbus zu Stande kommen —, legt man die nach der Basis convergirenden Schnitte in das Pterygiumgewebe selbst, sodass man einen peripheren Theil desselben stehen lässt. Besser ist es in diesen Fällen, wenn man das Pterygium bis zur Basis löst, ohne letztere jedoch zu durchschneiden; alsdann wird etwa 4 mm vom Hornhautrande entfernt eine Incision, parallel demselben, 6 bis 8 mm lang vom unteren Wundrande aus in die Conjunctiva gemacht. In den Winkel, der durch das Auseinandertreten der Ränder dieser neuen Incision entsteht, wird das abgetrennte Pterygium eingenäht und der ursprüngliche Sitz desselben durch herbeigezogene Conjunctiva gedeckt (Desmarres).



147.

Knapp macht auch nach oben hin eine ähnliche Incision durch die Conjunctiva. Das Pterygium wird alsdann durch einen Schnitt seiner Länge nach getheilt und die obere Hälfte in die obere Conjunctivalwunde, die untere in die untere eingenäht. Die horizontale Conjunctivalwunde, welche dem ursprünglichen Sitze des Pterygiums entspricht, wird zusammengenäht.

7. Xerosis conjunctivae.

Man kann eine parenchymatöse Xerosis (ξηρός, trocken) der Conjunctiva und eine epitheliale unterscheiden: erstere ist in der Regel Folge localer, letztere allgemeiner Erkrankung (Cohn).

Die parenchymatöse Xerosis führt zu einer mehr oder weniger ausgedehnten Vertrocknung der Conjunctiva und Cornea in Folge des Mangels der normalen Befeuchtung. Sie ist bedingt durch eine narbige Umwandlung des Conjunctivalgewebes an einzelnen Stellen oder in seiner Totalität. Das Epithel wird derb, nähert sich überhaupt in seinem Aussehen und Verhalten mehr den Epidermiszellen. Die vollständige Atrophie und narbige Schrumpfung der Bindehaut, des Unterbindehautgewebes, Tarsus und der secretorischen Organe führt zu dem Zustande, den man als Xerophthalmus squamosus oder totalis bezeichnet hat. Hier ist die Uebergangs- und halbmondförmige Falte meist vollständig verschwunden, das die Bindehaut vertretende narbige Gewebe setzt vom Tarsus gleich direct auf die Sclera über, da zugleich die Ausführungsgänge der Thränendrüse verwachsen sind, so ist hiermit die Befeuchtung und Abspülung des Auges vollständig aufgehoben. Man findet dasselbe bedeckt mit kleinen Schüppchen, die aus vertrockneten, den Epidermisplatten ähnlichen Epithelien, Fett, Schleim u. s. w. zusammengesetzt sind, und ihm ein bestäubtes Ansehen geben. Die Cornea ist pannös getrübt oder mit einem undurchsichtigen, sehnenartigen Epithel übersetzt, das mehr oder weniger das Hindurchscheinen der tieferen Augengebilde hindert. Die Sensibilität ist herabgesetzt, die Beweglichkeit der Lider durch den Schwund des Conjunctivalsackes vermindert, oft ein Schliessen des Auges unmöglich. Als subjective Symptome treten hervor: eine entsprechend den Cornealtrübungen verminderte Sehkraft und das Gefühl bedeutender Trockenheit im Auge. — Der parenchymatöse Xerophthalmus bildet den Ausgang langwährender Bindehautentzündungen, wie sie durch Trachom, Conj. blennorrhoica, Conj. diphtheritica, En- und Ectropium u. s. w. gesetzt sind. Chemische Anätzungen oder Verbrennungen führen ihn seltener herbei. Er kann in jedem Alter vorkommen und ist unheilbar. In seiner Verhütung durch entsprechende Behandlung der ursächlichen Krankheiten besteht die ärztliche Aufgabe. Symptomatisch suche man das Leiden zu erleichtern durch Befeuchtung des Auges mit Milch, Glycerin, Mandelöl oder dünnen Lösungen von Kochsalz. Ferner ist eine Schutzbrille, um Staub und Wind abzuhalten, zu tragen. Auch die Transplantation von Kaninchenschleimhaut ist versucht worden, jedoch ohne besonderen Erfolg.

Die epitheliale Form ist hingegen transitorisch, sie zeigt sich öfters in Epidemien und ist meist mit Hemeralopie (Bitot), zuweilen selbst mit concentrischer Gesichtsfeldeinengung (Alfr. Graefe, Kuschbert) verknüpft. Ich habe einen Fall mit Hemeralopie beobachtet, wo sie recidivirend auftrat. Bisweilen folgt ihr eine Keratitis xerotica (siehe Hornhauterkrankungen).

Die Schleimhaut des Augapfels erscheint in der Ausdehnung der Lidspalte trocken, glanzlos, hier und da mit kleinen Flecken und Schuppen bedeckt, als wenn weisser Schaum aufgetrocknet wäre: es scheint die Färbung von dem Eindringen von Luft zwischen die fettig degenerirten Epithelien herzurühren (Braunschweig). Nur selten greift diese Veränderung auf die Hornhaut über (vgl. Xerosis corneae). Dabei ist die Conj. bulbi gelockert und legt sich bei Augenbewegungen in Falten. Auch gesellt sich öfters stärkere Secretion hinzu. Complicationen mit katarrhalischen Zuständen sind nicht selten. Die Körperhaut hat bisweilen eine schmutzige Farbe, ist grau, trocken und zeigt kleienartige Abschuppungen.

Die Heilung erfolgt meist spontan. Sind constitutionelle Abnormitäten (Anämie, Scorbut u. s. w.) vorhanden, so werden diese zu behandeln sein. Bei der Complication mit Hemeralopie wird Leberthran und das Essen von Lebern gerühmt. Oertlich ist die Anwendung warmer Umschläge von Salicyllösungen empfehlenswerth.

In einer von Kuschbert beobachteten Epidemie fand Neisser stets in dem abgestreiften Conjunctivalbelag sogen. Xerose-Bacillen, die den Diphtherie-Bacillen gleichen. Doch meint Schleich, dass diese sogen. Xerose-Bacillen (Luftstäbchen Michel's) keine pathologische Bedeutung haben, da sie in dem schaumigen Secret verschiedener anderer Conjunctivalerkrankungen vorkommen. Neuerdings sind sie den ungiftigen Diphtherie-Bacillen (Pseudo-Diphtherie-Bacillen. Hoffmann, Löffler) von Schanz gleich gesetzt worden, während Axenfeld glaubt, sie davon trennen zu müssen.

8. Symblepharon.

Die Schleimhaut der Lider kann entweder an einzelnen Stellen des Tarsaltheils durch Adhäsionen mit der Schleimhaut des Bulbus verwachsen (Symblepharon anterius), oder auch in ihrer Totalität, indem eine Verkürzung oder Zerstörung der Uebergangsfalte eintritt (Symblepharon posterius). In ersterem Falle sieht man aus Bindegewebssträngen und Blutgefässen bestehende Falten oder vollständige Brücken, unter die man mit einer Sonde gehen kann, von dem Lide aus sich nach dem Bulbus hin erstrecken. Haften derartige Adhäsionen der Cornea an, so sind damit mehr oder weniger erhebliche Sehstörungen gegeben, jedenfalls wird

das Auge in seiner freien Beweglichkeit gehindert, so dass selbst ein auffälligeres Schielen eintreten kann.

Als Ursachen des Symblepharon sind anzuführen: langwierige Bindehautentzündungen (Blennorrhoe, Trachom); Verbrennungen, besonders durch chemische Agentien, und sonstige Traumen mit Substanzenverlust.

Ebenso kann in Folge von Pemphigus der Conjunctiva, welcher weniger unter der Form von Bläschen als von umschriebenen grau-gelblichen Belägen auftritt, eine Schrumpfung des Bindehautsackes und xerotische Trübung der Cornea zu Stande kommen; aber auch ohne dass hier oder anderweitig Pemphigus nachweisbar war, wurde die gleiche Schrumpfung („essentielle Schrumpfung der Bindehaut" [Alfr. Graefe]) beobachtet. Jedoch ist es nicht immer leicht, das Bestehen von Schleimhaut-Pemphigus auszuschliessen, da die grauen Beläge nur zeitweise sichtbar sind und bald verschwinden. Die Prognose ist sehr schlecht.

Therapie. Man suche bei drohenden partiellen Verwachsungen nach Trauma ein Symblepharon dadurch zu verhindern, dass man, wenn es angeht, den Defect auf der Conj. sclerae durch Verschiebung und Zusammennähen der unterminirten angrenzenden Conjunctiva deckt. Auch die Transplantation von Schleimhaut (s. unten) kann gleich anfänglich versucht werden. Sonst lässt man den Bulbus viel bewegen, stülpt das Lid nach aussen um und hält es nöthigenfalls durch einen Verband bis zur Heilung der Wunde in dieser Stellung. Doch ist bei tief in die Uebergangsfalte gehenden Verbrennungen u. s. w. kaum ein befriedigender Erfolg zu erwarten. — Bei vorhandenem Symblepharon geben die brückenartigen Adhäsionen die meiste Aussicht auf Heilung; aber auch hier sei man in der Prognose nicht zu sicher. Faltenförmige Symblephara sind in brückenförmige zu verwandeln, indem man mit einer krummen Nadel einen mässig dicken Bleidraht quer durch die tiefste Stelle der Verwachsung zieht und die Enden dann aus dem Bindehautsack herauszieht und auf der Lidhaut befestigt. Man lässt den Draht so lange liegen, bis sich ein überhäuteter Canal unter dem Symblepharon gebildet hat.

Zur Operation empfiehlt sich das Verfahren von Arlt. Eine eingefädelte Nadel wird quer durch den Theil des Symblepharon gestochen und durchgezogen, der dem Bulbus aufsitzt; dann wird das Symblepharon unter dem Faden durch vorsichtige Schnitte vollständig vom Bulbus abgetrennt, so dass es einen dem Lide aufsitzenden Lappen bildet, durch dessen freies Ende der Faden quer verläuft. Nun wird auch das andere Ende des Fadens in eine Nadel gefädelt, der Symblepharonlappen nach innen umgeschlagen, so dass seine frühere äussere

Seite der Bulbuswunde gegenüber liegt, und in dieser Lage befestigt, indem man beide Nadeln nach aussen durch das Lid führt und auf der äusseren Lidhaut die Fadenenden verknüpft. Der Defect in der Conjunct. bulbi wird durch Zusammennähen der Wundränder gedeckt. Nach vollständiger Verheilung wird das Symblepharon auch von der Conjunctiva palpebr. entfernt. Bei hinterem Symblepharon und ausgedehnter Schleimhautschrumpfung kann man die Transplantation von Schleimhaut (Wolfe) versuchen, welche den Lippen, der Vagina, der menschlichen Conjunctiva oder auch der des Kaninchens entnommen wird. Der Effect ist anfänglich befriedigend, doch tritt nach längerer Zeit meist eine Schrumpfung des Lappens ein. — Mehr empfiehlt sich die directe Transplantation eines Hautlappens mit Stiel aus der Wange her, was durch eine knopfartige Oeffnung des Lides geschehen kann. Auch dicht neben dem äusseren Lidwinkel kann man einen senkrechten Schnitt legen, der bis zum Conjunctivalsack eindringt und durch diese Oeffnung hindurch von der Schläfenhaut her einen Lappen transplantiren. Bei ausgedehnteren Verwachsungen von Bulbus und Lidern müssen meist mehrfache Operationen ausgeführt werden: wobei man dann auch neben den eben erwähnten Methoden durch Einheilung von Thiersch'schen Lappen eine weitere Vergrösserung des Conjunctivalsackes erstreben kann.

9. Apoplexia subconjunctivalis (Hyposphagma). — Chemosis. — Lymphangiektasien.

Blutaustritt in das subconjunctivale Gewebe erfolgt durch Trauma, Compression des Unterleibes, bei Kopfcongestion, Epilepsie, Stickhustenanfällen, bei Arterienatherom, Diabetes u. s. w. Bei orbitalen Fracturen kann sich die Blutung im Fettzellgewebe bis unter die Conjunctiva erstrecken. Die Ausdehnung ist eine sehr verschiedene, von Stecknadelkopfgrösse bis zur vollständigen Anfüllung der ganzen Conj. sclerae, selbst der Uebergangsfalte. Der Erguss wird allmählich resorbirt unter entsprechenden Farbenveränderungen.

Die Chemosis der Conjunctiva tritt als seröse Infiltration des Gewebes mit bisweilen starker, wallförmiger Erhebung um die Cornea bei vielen schweren Augenaffectionen ein. Abgesehen von Conjunctivalerkrankungen findet sie sich besonders bei eitriger Chorioiditis. Gelegentlich kann man sie selbst ohne Katarrh oder sonstige Entzündung bei älteren Individuen sehen; in einem Fall, den ich beobachtete, traten einige Jahre später auf Arterienatherom zurückzuführende Netzhauthämorrhagien ein. Auch secundär habe ich sie bei einer Zahn-Periostitis gesehen. Ist die Chemosis sehr prall, so macht man mit der Scheere kleine Einschnitte zur Entleerung der Flüssigkeit.

Nicht gerade allzuselten findet man auf der Conjunctiva etwa stecknadelkopfgrosse Bläschen, die, aneinandergereiht, perlenschnurähnliche Figuren bilden. Bisweilen treten sie mit halbseitigem Kopfschmerz und Lidschwellung auf. Dabei kann jede ausgeprägtere Blutgefässinjection fehlen. Es handelt sich hier um Lymphangiektasien.

10. Syphilis. — Lupus. — Tuberculose. — Amyloid.

Syphilitische Affectionen der Conjunctiva können in Folge directer Infection entstehen. Meist ist es alsdann die Randpartie des Lides, an der ein speckig aussehendes Geschwür sitzt. Ein ähnliches Aussehen können übrigens die gelegentlich durch Unvorsichtigkeit hier entstehenden und geplatzten Vaccinepusteln bieten. Aber auch in dem eigentlichen Conjunctivalsack und auf der Plica semilunaris sind Indurationen mit folgender Ulceration beobachtet worden. So bei einem Arzte, dem syphilitisches Secret ins Auge geflogen war. Als Folge constitutioneller Lues findet man Condylome, Hautgummata, die auf die Conjunctiva übergreifen, trachomähnliche Knötchenbildungen in der Lidschleimhaut (Goldzieher, Sattler) und gummöse Geschwülste von livider Farbe auf der Scleralconjunctiva. Die Diagnose liegt in dem Nachweis constitutioneller Syphilis; bei primärer Conjunctivalaffection ist sie oft schwierig. Ich erinnere mich eines etwa 15jährigen Mädchens mit verdächtigem Ulcus am Lidrande, bei der die Untersuchung keine Spur von Syphilis und volle Virginität ergab. Später trat Roseola auf; die Infection war durch einen Kuss geschehen. — Die Therapie ist die der Syphilis.

Die lupöse Erkrankung greift vom Lidrande auf die Conjunctiva über oder tritt selbständig in ihr auf. Beim Ektropioniren des verdickten Lides sieht man die Schleimhaut in mehr oder weniger grosser Ausdehnung mit massenhaften, hahnenkammähnlichen und rothen Papillenwucherungen bedeckt, daneben und dazwischen speckige Ulcerationen und Infiltrationen; letztere können spontan mit narbiger Schrumpfung heilen. Bisweilen findet man auch grössere in das subconjunctivale Gewebe hineinsetzende Knoten. Der Process hat Aehnlichkeit mit sehr vernachlässigtem Trachoma mixtum; als unterscheidendes Moment kann man anführen, dass der Lupus in der Regel nur ein Auge ergreift, und ferner das nicht seltene Uebergreifen auf den intermarginalen Theil des Lides, die oberflächlichen speckigen Infiltrationen und gelegentlich die subconjunctivale Knotenbildung. Die Behandlung besteht im Entfernen oder Auskratzen der einzelnen Knoten mit dem scharfen Löffel, Anwendung des Galvanocauters oder Touchiren mit

Höllenstein. Auch Injectionen mit Koch'schem Tuberculin können hier wie bei der Tuberculose der Conjunctiva, die ein ähnliches Bild zeigt, versucht werden. Nur ausnahmsweise beobachtet man bei letzterer eine eigentliche Eruption graulich-durchscheinender Tuberkelknötchen. Zur differentiellen Diagnose dürfte das Fehlen von Hautlupus dienen; weiter pflegt die Conjunctival-Tuberculose nicht den Lidrand zu überschreiten und nicht spontan zu vernarben (Walb, Haab). Sie kommt auch bei scheinbar nicht tuberculösen Individuen vor, wie mehrere Beobachtungen erweisen. Der Bulbus kann noch nachträglich von der Conjunctiva und Cornea aus ergriffen werden.

Die Amyloiddegeneration tritt anfänglich im subconjunctivalen Gewebe und meist in der Uebergangsfalte auf. Die Oberfläche der Neubildung ist glatt, nur bisweilen mit sagokornähnlichen Höckern besetzt; ihr Aussehen ist glasig, hellgelblich bis röthlich oder rothbraun; die Consistenz bei den wenig vascularisirten Geschwülsten derb, elastisch oder brüchig, bei den anderen weich. In einer sehr grossen Zahl der Fälle besteht gleichzeitig Trachom. Beim Fortschreiten der Affection können auch die Conj. sclerae und die Carunkel befallen werden. Eine hyaline Degeneration des Gewebes geht der Amyloiddegeneration öfters voran (Raehlmann). Später können Verkalkungen und Verknöcherungen hinzukommen (Kubli). Die Therapie besteht in totaler oder wiederholter partieller Exstirpation.

11. Verletzungen der Conjunctiva.

Fremdkörper, die in den Conjunctivalsack gelangen, werden meist durch die Lidbewegung und Thränen in den inneren Lidwinkel geschwemmt, von wo sie leicht ausgewischt werden können. Bisweilen aber bleiben kleine Partikel (Staub-, Rauchkörnchen u. dgl.), besonders an dem Tarsalthal des oberen Lides, haften; kleine Grannen oder etwas grössere Körper sitzen oft in der oberen Uebergangsfalte fest und machen Entzündung und Schmerz. Liegen sie dort lange Zeit, so erfolgt eine secundäre Papillarhypertrophirung, welche sie einbettet. So habe ich einmal ein Krebsauge gefunden, das ursprünglich zur Entfernung eines kleinen Fremdkörpers unter das obere Lid geschoben wurde, und dort, ganz in Vergessenheit gerathen, über ein Jahr gesessen hatte. Nach der Ektropionirung des Lides gelingt meist die Entfernung leicht; bisweilen muss man die Uebergangsfalte des oberen Lides, wenn man sie nicht ohne weiteres zu Gesicht bekommt, mit einer Pincette hervorziehen oder mittels eines Daviel'schen Löffels die verdächtige Partie durchsuchen. Uebrigens ist zu beachten, das öfters Patienten behaupten,

etwas im Auge zu haben, ohne dass ein Fremdkörper vorhanden ist; ein Katarrh kann die gleiche Empfindung veranlassen.

Nach Eindringen von Raupenhaaren in das Auge sind in einzelnen Fällen acute Conjunctiviten und Iritiden, zum Theil mit Knötchenbildungen beobachtet worden (Pagenstecher, Wagenmann u. A.). Neuerdings habe ich in meiner Klinik einen Fall gesehen, wo sich trachomfollikelähnliche Knötchen in der Conjunctiva zeigten, die um eingedrungene Pflanzenhaare (wahrscheinlich von Hagebutten) sich gebildet hatten. Der Fall ist von Markus genauer beschrieben worden.

Bedenklicher sind Verätzungen und Verbrennungen, welche die Conjunctiva durch Säuren, Kalk oder glühende Massen (etwa Eisen) erleidet. Hier wird oft das Gewebe in seiner ganzen Dicke zerstört, und es tritt die porcellanfarbene Sclera zu Tage. Sind die Verbrennungen nicht zu ausgedehnt, so erfolgt unter starker Injection und Abstossung die Heilung. Gefährlich sind immer diejenigen Zerstörungen, bei denen gleichzeitig die Conj. sclera und die ihr gegenüberliegende Conj. palpebral. getroffen ist, weil sehr leicht ein Zusammenwachsen des Lides und Bulbus erfolgt. Je ausgedehnter der Substanzverlust ist, um so ernster die Prognose. Ich habe bei einem Manne, dem flüssiges, glühendes Eisen in beide Augen gespritzt war, so dass später die gehärtete Masse einen Abdruck der Vorderfläche des Bulbus bildete, ein totales Verwachsen mit Zusammenwachsen der Lidränder eintreten sehen. Für das Sehvermögen deletär werden die Hornhaut-Verbrennungen. — Man wird bei frischen Verbrennungen die etwa noch vorhandene Materia peccans unschädlich zu machen suchen: bei Säuren mit schwachen Lösungen von Natr. carbon., bei Alkalien am einfachsten mit Oel. Bei festen oder festgewordenen Substanzen ist eine genaue Durchsuchung des ganzen Conjunctivalsackes zur Entfernung derselben nöthig. Kleinere Stückchen, die tief in das Gewebe gedrungen und unschädlich sind, wie etwa Pulverkörner oder kleine Steinpartikel (nicht selten zu beobachten in Folge der Explosion von Dynamitpatronen), kann man auch sitzen lassen. Die weitere Behandlung besteht in kalten Umschlägen und Antiphlogose. Gegen das Entstehen eines Symblepharon sucht man mit den oben empfohlenen Hülfsmitteln anzukämpfen.

Besonders häufig sind die Kalk-Verätzungen, bei denen für gewöhnlich (z. B. beim Kalkmörtel, Kalkmilch) nur die chemische Wirkung, nicht die Temperatur-Erhöhung schädigend wirkt. Beim Hineinkommen von Kalkhydrat während des Löschens (Uebergiessen des Aetzkalkes, Co, mit Wasser) spielt allerdings die Temperatur eine Rolle, die an der Oberfläche, wo das Wasser verdampft, 100° C. beträgt, aber in der Tiefe und dann, wenn sich eine Decke über dem flüssigen Kalkhydrat gebildet hat, sehr viel höhere Hitzegrade erreichen kann. — Vor Allem kommt es darauf an, dass der Kalk schnell aus dem Auge entfernt wird: es empfiehlt

sich dazu das directe Abwischen von der Cornea und ektropionirten Lidschleimhaut mit in Oel getauchter (schlimmstenfalls trockener) Watte oder Leinwand. Bisweilen bedarf es der Anwendung von Instrumenten (Daviel'scher Löffel, Pincette). Dann Durchspülung des Auges mit Oel (Provenzeröl, Süssmandelöl) mittelst einer Spritze. Andreae hat neuerdings die sofortige Wasser-Durchspülung der Augen mittels Irrigators empfohlen. Es ist zutreffend, dass bei reichlichen Wassermengen weder eine Ausbreitung der Aetzung durch die verdünnten Massen noch eine Temperatursteigerung, die beim Löschen überhaupt erst nach circa 10 Minuten eintritt, zu befürchten ist. Aber sitzenbleibende Kalkpartikel — und diese sind besonders in der oberen Uebergangsfalte zu erwarten — werden hierbei aufgeweicht und können so in Folge allmählicher, durch die Thränen bedingten weiteren Verflüssigung die Aetzung über bisher verschonte Partien ausbreiten. Einfaches Auswaschen der Augen mit Wasser wird diese Gefahr besonders leicht herbeiführen. Ich halte daher die Anwendung des Oels, dass die Kalkpartikel einhüllt und ihre Aetzkraft verringert, für besser.

Schnittwunden der Conjunctiva heilen leicht spontan, grössere kann man zusammennähen.

12. Geschwülste der Conjunctiva.

Pinguecula. Sehr häufig findet sich besonders bei älteren Leuten in der Nähe des äusseren oder inneren Cornealrandes auf der Conjunctiva eine kleine gelbliche Hervorragung von etwa Hirsekorngrösse. Dieselbe besteht trotz ihrer Bezeichnung als Pinguecula nicht aus Fett, sondern aus einer Verdickung der Bindehaut mit Einlagerung zahlreicher Concremente einer gelblichen hyalinen Substanz (Fuchs). Wenn grosse Conjunctivalgefässe zu ihr verlaufen, könnte man an Conj. phlyctaenulosa denken, doch spricht die Farbe und glatte Oberfläche der Pinguecula gegen diese Annahme. Die Geschwulst ist durchaus unschädlich; kaum wird man in die Lage kommen, sie aus kosmetischen Gründen entfernen zu sollen.

Lipome sitzen besonders zwischen dem R. superior und externus (v. Graefe); sie bilden weiche, gelbliche Massen mit unregelmässiger Oberfläche. Sie sind stets angeboren, können aber später wachsen. Wenn sie Störungen machen, müssen sie exstirpirt werden.

Dermoide finden sich angeboren am Hornhautrande und greifen oft auf die Hornhaut über, in deren Gewebe sie sich hinein erstrecken. Polypen der Conjunctiva entstehen verhältnissmässig am häufigsten in der Uebergangsfalte; es sind glatte, gestielte, von Bindehaut überzogene Geschwülste, die gelegentlich exulceriren. Die Papillome haben eine mehr gelappte, blumenkohlartige Oberfläche. Bisweilen sitzen sie in grosser Menge, dicht nebeneinander, der Tarsalbindehaut des oberen Lides auf. Auch bei chronischer Blennorrhoe entwickeln sie sich. Auf der Pl. semilunaris und Carunkel werden sowohl Papillome als Polypen

beobachtet. Beide Formen von Wucherungen können Anlass zu sich wiederholenden Conjunctivalblutungen geben. Bei der Exstirpation derselben tritt eine etwas stärkere Blutung auf, die jedoch durch Betupfen mit Höllenstein und Druckverband leicht steht. Einmal habe ich jedoch trotz aller Bemühungen ein $^3/_4$ Jahre altes Kind an recidivirenden Blutungen aus einer wunden Stelle der Tarsalconjunctiva, die bereits von einem Arzte vorher geätzt war (wahrscheinlich handelte es sich auch um eine polypöse Wucherung), schliesslich zu Grunde gehen sehen.

Die Cysten der Conjunctiva zeigen sich als kugel- oder eiförmige, fast durchsichtige Hervorragungen meist in der Conjunctiva bulbi. Auch auf dem Kopfe eines Pterygiums sah ich eine wenig erhabene, aber 5 bez. 2 mm in der Länge und Breite messende Cyste, ebenso in der unteren Uebergangsfalte eine bohnengrosse. Sie sind, abgesehen von den Blasen in Pterygien, angeboren oder Folge von Trauma (Zander und Geissler, Uhthoff). Eine partielle Entfernung der Cystenwand (eventuell mit nachfolgender Injection von Lapislösung) genügt meist zur Heilung.

Aehnliches Aussehen bieten die subconjunctivalen Cysticerken; doch ist die Blase der letzteren trüber, weniger durchsichtig, zuweilen ist noch ein umschriebener weisser Fleck (Halstheil des Cysticercus) in ihr erkennbar. Der Cysticercus bewirkt in der Regel einen gewissen Reizzustand in der darüber liegenden Conjunctiva (A. v. Graefe).

Sarkome der Conjunctiva treten als kleine, anfangs stecknadelkopfgrosse Geschwülste vorzugsweise häufig am Corneallimbus oder dicht neben demselben auf. Sie sind weisslich-grau oder braunschwarz. Die hellen Sarkome sind, wie es scheint, weniger gefährlich; die Exstirpation kann dauernde Heilung bringen. Einmal beobachtete ich, dass nach Exstirpation eines hirsekorngrossen, weissen Sarkoms nach Jahren ein kleines Melanosarkom in einiger Entfernung von dem ursprünglichen Sitze entstand. Die Melanosarkome haben, sobald sie in das Stadium der Vergrösserung und Wucherung getreten sind, wobei sie den Cornealrand pilzkopfförmig überdecken, grössere Neigung zu Rückfällen. Sie können alsdann ausgedehnte, lappige und leicht blutende Geschwülste bilden. Auffallend ist, dass man gleichzeitig mit ausgeprägten Melanosarkomen gelegentlich kleine braune Fleckchen in der Conj. bulbi und palpebralis (auch in der Lidhaut) beobachten kann, die mikroskopisch Einlagerungen von Pigmentzellen in normalem Bindegewebe zeigen, ohne erhebliche Zellenwucherung. Selbst nach Entfernung der Geschwulst gehen die Patienten öfters durch Metastasen (Gehirn, Leber, Haut u. s. w.) zu Grunde. Um die Geschwulst total zu entfernen, muss man sich öfters zur Exstirpation des noch sehkräftigen Auges entschliessen. —

Auch nicht hervorragende schwarzbraune Flecke (Melanome) kommen in der Conjunctiva vor, zuweilen in Folge von Verletzungen; so beobachtete man sie nicht selten nach den Blutergüssen, die bei den jetzt häufig angewandten subconjunctivalen Injectionen entstehen. Dieselben bleiben in der Regel dauernd ohne Veränderung bestehen; äusserst selten entwickeln sich auf ihnen Geschwülste. — Weiter wären noch Lepraknoten, Angiome, Epitheliome und Carcinome zu erwähnen. Auch sah ich in einem Falle multiple umschriebene, erbsen- bis bohnengrosse Geschwülste unter der Conj. tarsalis und in der Uebergangsfalte auftreten, die nach der Exstirpation an anderen Stellen recidivirten und anfänglich fibromatöse Structur zeigten, später aber als Lymphombildungen sich erwiesen (Axenfeld). Von Leber sind neben Retinitis haemorrhagica derartige Wucherungen in Lid und Orbita in einem Falle von Leukämie beobachtet worden.

Auch bei dunkelpigmentirten Naevi der Lidhaut und Lidränder findet man oft gleichzeitig schwärzlich-braune Flecke in der Conjunctiva. Oefters habe ich ganz schwarze Naevi auf der Plica semilunaris und Carunkel gesehen. Die erstere war einmal vollständig in einen weichen, langgestreckten, wurstartigen Naevus umgewandelt. Ebenso fand ich einmal die ganze Carunkel in eine erbsengrosse Geschwulst umgewandelt, die von Kindheit bestanden, aber etwas gewachsen sein sollte. Die Geschwulst hatte eine fibromatöse Structur, lag unter der Conjunctiva in einer Kapsel, welche sich lappenartig nach hinten in das Orbitalgewebe erstreckte.

Viertes Kapitel.

Erkrankungen der Hornhaut.

Anatomie.

Die Hornhaut ist in ihrer Krümmung als Abschnitt eines Rotationsellipsoids aufzufassen, das durch Drehung einer Ellipse um ihre Längsachse entsteht. Von der vorderen Kammer aus gesehen, zeigt sie anatomisch eine vollkommen kreisförmige Peripherie, während sie von vorn eher einer horizontal gestellten Ellipse ähnelt, deren transversaler Durch-

messer ca. 11·0 mm, deren verticaler ca. 10·5 mm beträgt, indem die Sclera sich vorn über die durchsichtige Hornhautperipherie etwas, und zwar oben und unten mehr, hinüberschiebt. Diese Stelle bildet den Limbus corneae oder sclerae, der im horizontalen Durchmesser auf jeder Seite etwa 0·5 mm breit ist. Das Wachsthum der Hornhaut ist etwa im 6. Lebensjahre abgeschlossen; jenseits der ersten Lebenshälfte wird sie sogar öfters kleiner (Priestley Smith). Man unterscheidet an der Hornhaut von vorn nach hinten im Querschnitt fünf Schichten: 1) Das Cornealepithel, ein mehrschichtiges Plattenepithel, 2) die Bowman'sche (Reichert'sche) oder vordere Basalmembran. Sie bildet eine dünne Schicht stark lichtbrechenden, homogenen Gewebes. 3) Die Hauptgewebsmasse, Substantia propria. Dieselbe besteht aus einer ziemlich dichten Masse, die sich aus Bündeln von Fibrillen, welche wiederum zu übereinander geschichteten Lamellen vereinigt sind, und einer zwischen den Fibrillen liegenden Kittsubstanz susammensetzt. In der interfibrillären Kittmasse findet sich ein Lückensystem, welches knochenkörperähnliche Figuration zeigt: die von Recklinghausen'schen Saftcanäle. In diesen Hohlräumen und dem in ihnen befindlichen Gewebssaft finden sich die fixen Hornhautzellen, welche aus einem Protoplasma und Kern bestehen und die Hohlräume nicht vollständig ausfüllen. Weiter kommen Wanderzellen darin vor, an Form den weissen Blutkörperchen entsprechend. 4) Die hintere Begrenzung bildet die elastische Membrana Descemetii. Sie ist glashell, sehr widerstandsfähig und findet sich oft noch in eingerolltem Zustande bei starken Hornhautzerstörungen erhalten. Bei älteren Personen zeigt sie kugelige Auswüchse. 5) Ihr sitzt nach der vorderen Kammer zu ein Lager platter Endothelzellen auf. — Die Nerven treten am Hornhautrande theils von der Sclera, theils von der Conjunctiva her in die Substantia propria und verästeln sich als feinste Achsenfibrillen. Hierbei bilden sie oft Netze, die auch unter und zwischen dem Epithel sich finden. Dass die Nervenfäden mit frei flottirenden Enden über das Niveau des vorderen Epithels hinausragten, oder mit regulären Endknöpfen (Cohnheim) versehen seien, hat Waldeyer nie beobachtet. — Gefässe sind unter normalen Verhältnissen in der eigentlichen Cornea nicht vorhanden. Nur an ihrer Grenze findet sich unter dem Epithel ein aus den Art. ciliares anteriores stammendes episklerales Randschlingennetz. Ueber die pericorneale Injection siehe Seite 401.

1. Keratitis.

Die Keratitis kommt in sehr verschiedenartigen Formen vor, die nicht alle scharf begrenzte Krankheitsbilder zeigen. Der Hauptsache

nach können wir die pathologischen Veränderungen unterscheiden nach folgenden Typen:

I. Umschriebene nicht-eitrige Hornhautinfiltrate. Es sind acut auftretende, weissliche oder grau-gelbliche Flecke, die einzeln oder multipel vorkommen, peripher und central. Sie können bei oberflächlichem Sitze exulceriren, heilen jedoch, ohne intensivere Trübungen zurückzulassen.

II. Bläschenbildungen.

III. Eitrige Hornhauterkrankungen, umschrieben oder diffus auftretend. Hier ist eine ausgesprochene gelbe Eiterfärbung in den getrübten Flecken und Partien vorhanden. Die Erkrankung geht tief in das Hornhautgewebe, zerstört es und lässt meist dickere Trübungen zurück. Wenn sich die Oberfläche abstösst, so giebt es tiefgreifende Geschwüre. Sehr häufig kommt es zur Perforation, so dass Kammerwasser abfliesst. Eiteransammlung im Humor aqueus (Hypopyon) ist nicht selten; ebenso treten Complicationen mit Iritis häufiger auf.

IV. Diffuse Hornhautinfiltrationen. Sie können oberflächlich sitzen oder sich durch die ganze Dicke der Cornea erstrecken.

V. Geschwüre. Kleine oberflächliche Geschwüre ohne ausgeprägtere Infiltration oder tiefgehende, mit meist getrübtem Grunde oder Rande.

Obige Erkrankungen lassen, falls sich das afficirte Gewebe nicht vollkommen wieder aufhellt, „Hornhautflecke“ oder „Hornhauttrübungen“ zurück. Diese können so durchsichtig sein, dass es einer sehr geschickten Anwendung der schiefen Beleuchtung bedarf, um sie wahrzunehmen, oder sie treten als graulich-durchscheinende Partien oder als intensiv weisse Narben auf. Nach schweren Erkrankungen kommt es auch zu Krümmungsveränderungen, so zu starken Hervorragungen (Staphylomen) oder selbst schlimmsten Falles zum Schwunde der Cornea (Phthisis corneae), von der dann nur noch ein kleines Plättchen übrig bleibt.

I. Umschriebene nicht-eitrige Hornhautinfiltrate.

Einfaches Hornhautinfiltrat.

Die Trübungen sind graulich oder grauweiss, meist etwa stecknadelkopfgross oder noch kleiner. Das Centrum zeigt eine mehr gesättigte Färbung und oft eine kleine Hervorwölbung. Diese Veränderungen beruhen auf einer vermehrten und umschriebenen Zellenanhäufung unterhalb des Epithels im Hornhautparenchym.

Häufig treten bei Kindern und jugendlichen Individuen die Trübungen multipel auf und zeigen stärkere Blähung, so dass sie stecknadelspitzartig hervorragen. Man pflegt alsdann die Affection — entsprechend

dem ähnlichen Process der Conjunctiva, mit dem sie übrigens meist combinirt ist — als Keratitis eczematosa s. phlyctaenulosa (scrophulosa s. lymphatica) zu bezeichnen. Stellwag nennt diese Form Herpes corneae, doch ist es üblicher, letzteren Namen für die später zu beschreibende ausgeprägte Bläschenbildung zu bewahren.

Neben der Hornhautaffection besteht meist pericorneale Injection, nur bei einzelnen Infiltraten und in selteneren Fällen kann sie fehlen. Dabei ist Thränenträufeln und häufig sehr ausgeprägte Lichtscheu vorhanden, die bei Kindern zu Blepharospasmus Veranlassung geben kann. Es hängt dies wahrscheinlich mit einer Reizung der Cornealnerven zusammen, längs deren Verlauf, besonders unter dem Epithel, sich Zellenanhäufungen finden (Iwanoff). Heftige Schmerzen sind nicht häufig. Wenn die oberflächlichen Schichten sich abstossen (exulcerirtes Hornhautinfiltrat), giebt es kleine Geschwüre, die aber keine besondere Tendenz zur Weiterverbreitung haben. Die Heilung erfolgt meist, indem zu den Infiltraten neugebildete Gefässe verlaufen, die öfters aus einem die Hornhautränder übersetzenden rothen Gefässnetz hervorgehen. Dabei lassen die Reizerscheinungen nach. Das Infiltrat selbst verliert seine intensive Färbung und scharfe Abgrenzung gegen die durchsichtige Umgebung und wird mehr graulich. Schliesslich heilt es, ohne dauernde Spuren zurückzulassen. Während bei Erwachsenen mehr vereinzelt stehende, umschriebene Hornhautinfiltrate vorkommen, treten sie bei Kindern häufig multipel auf, sind hartnäckiger und haben mehr Neigung zu Rückfällen. Hier geschieht es denn auch bei längerem Bestande, dass eine oberflächliche lichtgraue Trübung der Hornhaut (Pannus phlyctaenulosus) in grösserer Ausdehnung, in der verästelte, vom Rande herkommende, oberflächliche Gefässe verlaufen, zu Stande kommt. Aber selbst in diesen Fällen kann noch vollständige Klärung eintreten. Als Complication gesellt sich zu der oberflächlichen Hornhautinfiltration gern eine stärkere Conjunctivitis, besonders mit Schwellung der Uebergangsfalte.

Differentielle Diagnose. Das oberflächliche Hornhautinfiltrat unterscheidet sich a) von einer alten Hornhauttrübung 1) durch die pericorneale Injection und den Reizzustand, 2) durch die Farbe. Es ist mehr graulich-gelb und sitzt fast wie ein Fremdkörper in dem Hornhautgewebe, wogegen der Hornhautfleck meist mehr diffus in die Umgebung übergeht oder, wenn er scharf umschrieben ist, eine mehr weissliche Farbe zeigt; b) von dem eitrigen Hornhautinfiltrate vor Allem durch die Farbe; das Eiterinfiltrat ist ausgeprägt gelb. Weiter ist das einfache Infiltrat durchschnittlich kleiner und hat weniger destructive Tendenz.

Für die multiplen Infiltrate der Kinder ist häufig Scrophulose als ursächliches Moment zu betrachten; doch kommen sie auch gelegentlich

bei sonst gesunden Kindern vor. Die mehr einzeln auftretenden Infiltrate der Erwachsenen sind bisweilen auf Verletzungen zurückzuführen, oft fehlt jeder ätiologische Anhalt.

Die Therapie muss verschieden sein, je nachdem es sich um phlyktänuläre Keratitis oder um vereinzelte Infiltrate handelt. Bei der Keratitis phlyctaenulosa ist neben dem Atropin, das dauernde Mydriasis unterhalten soll, meist der Gebrauch der gelben Präcipitatsalbe von überraschender Wirkung; dieselbe wird hanfkorngross eingestrichen, bei geschlossenen Lidern verrieben und nach etwa 5 Minuten wieder ausgewaschen. Selbst bei stärkerem Reizzustande und ausgeprägter pericornealer Injection ist sie zu versuchen. In der Regel wird sie sehr gut vertragen. Sollte sich hingegen die Injection vermehren oder gewinnen etwa die Infiltrate ein gelbliches, eitriges Ansehen, so muss zur Zeit von ihrer Anwendung abgesehen werden. Man möge dann erst den Reizzustand bekämpfen, wozu laue Kamillenthee-oder Borsäureumschläge, 3mal täglich $^1/_4$ Stunde, dienen. Ist jedoch eine ausgeprägtere Conjunctivitis vorhanden, so sind kühle Wasserumschläge zu machen; bei Schwellung der Uebergangsfalte ist dieselbe mit einer Lösung von Plumb. acet. perf. neutralis. oder Tannin direct zu touchiren; bei sehr starker Schwellung und eitriger Conjunctivalabsonderung selbst mit 1 procentiger Höllensteinlösung, — immer mit sofortigem Neutralisiren oder Ausspülen (vgl. S. 16). Um die Lichtscheu und den Blepharospasmus zu heben, nützt öfters die Einträufelung von Cocaïn, sonst kommt das bei Besprechung der Conjunctiv. eczematosa Hervorgehobene in Betracht.

Sollte die Haut der Lider oder Wange Ekzeme zeigen, so werden die etwa nöthigen kalten Umschläge nicht gut vertragen; man suche dann erst das Ekzem durch Bestreichen mit Theervaselinsalbe, Höllensteinlösung oder Einwicklungen mit Hebra'scher Salbe zu heilen, oder mache, wenn man die Anwendung der Kälte für durchaus nöthig hält, dieselbe so, dass man auf die Lidhaut erst ein Oelläppchen legt und darauf die kalten Compressen. Bei vorhandener Scrophulose wird dieselbe durch entsprechende innere Medication und Bäder zu bekämpfen sein. Nur bei constitutioneller Besserung ist mit einiger Sicherheit auf das Ausbleiben der lästigen Recidive zu rechnen. Als örtliches Mittel, um letztere hintenan zu halten, empfiehlt es sich, nach Schwinden der Infiltrate und Hebung der Entzündung noch Wochen bis Monate lang gelbe Salbe oder Calomel von Zeit zu Zeit anzuwenden.

Die umschriebenen Infiltrate der Erwachsenen vertragen in der Regel nicht die gelbe Präcipitatsalbe. Hier ist vorzugsweise Atropin und, falls die Conjunctiva nicht erkrankt ist, die Anwendung lauer Umschläge zu empfehlen. Später kann mit Nutzen Calomel angewandt werden; vor Allem aber sehe man streng darauf, dass nicht vor voll-

ständiger Heilung durch Wiederbeginn der Arbeit oder in anderer Weise neue Schädlichkeiten einwirken. Die Affection zieht sich mit immer wieder auftretenden Verschlechterungen oft deswegen sehr in die Länge, weil sie nie ganz geheilt war.

Keratitis subepithelialis centralis (Adler). K. punctata superficialis (Fuchs). Keratitis maculosa (v. Reuss).

Unter obigen Namen ist eine in den letzten Jahren in Wien besonders häufig beobachtete Hornhautaffection beschrieben worden, bei der nach einem vorangegangenen Schwellungskatarrh und Ciliarinjection in den oberflächlichen Schichten zahlreiche punktförmige Infiltrate, meist im Gebiete der Pupille sitzend, entstehen. Die zwischenliegenden Hornhautschichten und das Epithel bleiben gewöhnlich ungetrübt. Die kleinen Infiltrate fliessen später zu Fleckchen zusammen, dann lichtet sich die Hornhaut wieder; jedoch vergehen darüber Monate. Iritis fehlt. Fuchs nimmt eine katarrhalische Affection als Ursache an, da er das Leiden häufig mit Schnupfen und Husten beginnen sah. Doch fehlen auch häufig Allgemeinerkrankungen (Adler). Therapie: Atropin und kühle Umschläge.

Keratitis punctata.

Die Keratitis punctata zeigt punktförmige, weisse Infiltrationen in den hintersten Schichten der Cornea. Man hat den Namen mit Unrecht auch für die eigentliche Descemetitis angewandt, bei welcher ähnlich aussehende Pünktchen der Hinterfläche der Hornhaut aufliegen. Bei der Keratitis punctata hingegen sitzt die Infiltration im Hornhautgewebe selbst. Es geht letzterer in der Regel eine Descemetitis, die von einer Iritis herrührt, vorauf; von dieser aus kommt es dann zu den punktförmigen, weissen Infiltraten in der Hornhaut. Sie bleiben noch bestehen, wenn die Exsudate auf der M. Descemetii bereits verschwunden sind, pflegen allmählich aber auch resorbirt zu werden.

Büschelförmige Keratitis (K. fasciculosa).

Vom Hornhautrande her, bei gleichzeitig bestehender Conj. eczematosa häufig von einem randständig sitzenden Infiltrat entspringend, erstreckt sich ein etwa 2 mm breites Bündel parallel verlaufender Gefässe gegen das Hornhautcentrum zu, welches vor sich ein Infiltrat in halbmondförmiger Gestalt schiebt. Bisweilen theilt es sich auch in zwei Büschel mit je einer Infiltration. Die Gefässe selbst liegen auf einer infiltrirten Unterlage und bilden gleichsam ein rothes Band (scrophulöses Gefässband). Das Infiltrat an der Spitze hat eine graue Färbung und ist gelegentlich leicht exulcerirt. Zuweilen kommen mehrere solcher Gefässbänder von verschiedenen Seiten. Daneben besteht pericorneale Injection, Thränen, Lichtscheu. Beginnt die Heilung, so werden die Gefässe blasser und verschwinden, doch zeigt noch längere Zeit ein leicht graulicher Streifen in der Cornea ihren früheren Sitz. Das In-

filtrat lässt eine weisse, oft halbmondförmige Trübung zurück, die natürlich bei centralem Sitz das Sehen schädigt.

Es handelt sich meist um scrophulöse Kinder, die in der Regel auch an phlyktänulärer Conjunctivitis und Keratitis gelitten haben.

Die Therapie ist darauf zu richten, das Vorschieben des Infiltrats nach dem Centrum zu verhüten. Oft genügt das Einstreichen von gelber Präcipitatsalbe, wie bei der phlyktänulären Keratitis. In anderen Fällen muss man die Gefässe über dem Sclerallimbus mit einem Messerchen, einer Scheere oder dem Galvanocauter ausgiebig durchschneiden und nöthigenfalls diese kleine Operation ein paar Mal wiederholen. Auch das Betupfen des Infiltrats mit dem Höllensteinstift ist bisweilen empfehlenswerth. Im Uebrigen wird die Behandlung nach denselben Principien zu leiten sein, wie die der Kerat. eczematosa, besonders ist zur Vermeidung von Recidiven die Anwendung von gelber Salbe oder Calomel noch länger fortzusetzen.

II. Bläschenbildung auf der Hornhaut.

Herpes corneae (Keratitis vesiculosa).

Es zeigen sich auf der Hornhautoberfläche kleinere Bläschen, theils rund, theils birn- oder strichförmig, die mit hellem, klarem Serum gefüllt sind. Mikroskopisch finden sich in dem Inhalt grosse, stark glänzende und durchsichtige, kugelige, ei- und spindelförmige Gerinnungsfiguren und nur ausserordentlich spärliche Zellen und Kerne. Die Epithellage bildet den Ueberzug. Die Grösse des einzelnen Bläschens kann die eines kleinen Stecknadelkopfes, zuweilen die eines Hirsekorns erreichen, meist stehen sie gruppenweise zusammen. Ihre Zahl ist verschieden; in einem Falle zählte ich 15 Bläschen, bisweilen sieht man nur eins oder zwei. Dem Auftreten derselben geht in der Regel eine mehr oder weniger grosse Unbequemlichkeit im Auge voraus, die sich in Brennen, Stechen, selbst in intensiverer Schmerzhaftigkeit äussert. Bisweilen aber auch entstehen sie dem Kranken unbemerkt. Nach einigen Stunden oder am nächsten Tage sind sie geplatzt, und man sieht dann nur noch den Epitheldefect, öfters mit anhaftendem Epithelhäutchen. In einzelnen Fällen hingen sogar lange weissliche Fädchen herab (Fädchen-Keratitis. Leber, Uhthoff). Dieselben entstehen aus dem losgelösten Epithel, das sich durch die Lidbewegung fadenförmig zusammenrollt; dazu kommen noch Schleimpartikel der Conjunctiva (C. Hess). Die Iris ist meist normal, seltener verfärbt und schlecht auf Atropin reagirend. Die Tension ist etwa in 75 Procent der Fälle verringert.

Man kann drei Formen von Herpes corneae unterscheiden: 1) den inflammatorischen oder febrilen, von Horner zuerst als „katarrhalischer“ beschrieben. Hier ist die Hornhaut meist vollkommen intact vor der Bläscheneruption, die sich unter stärkerer pericornealer Gefässinjection und mit Schmerzen einstellt. In der Mehrzahl der Fälle besteht eine Entzündung des Respirationstractus (Pneumonie, katarrhalischer Husten, Schnupfen u. s. w.) oder anderer Schleimhäute; man findet alsdann oft gleichzeitig einen Herpes labialis oder nasalis. Jedoch sind nicht immer derartige Allgemeinerkrankungen vorhanden. Recidive sind selten. Die Regeneration des Epithels geht in der Regel nur langsam vor sich, indem die Hornhaut sich gleichzeitig etwas trübt. Es kann selbst zu einer eitrigen Hornhautinfiltration und Hypopyon kommen.

2) Herpes neuralgicus. Meist ist die Cornea schon in einem gewissen Reizzustand, sei es, dass Pannus, Phlyktänen, Ulcera u. s. w. bestehen, sei es, dass Verletzungen oder Operationen (z. B. beobachtet man die Bläschenbildung gelegentlich nach Kataraktoperationen) stattgefunden haben; doch kann die Affection auch eine sonst gesunde Hornhaut befallen.

Oefters bestehen Trigeminusneuralgien. Ihren eigenthümlichen Charakter zeigt diese Form besonders durch den Mangel erheblicherer Entzündungserscheinungen und die schnelle Heilung der einzelnen Eruptionen, aber grosse Neigung zu typischen Recidiven, die bisweilen mit intermittirenden Neuralgien in Trigeminusästen zusammenfallen. Treten die Recidive sehr zahlreich auf, so bleiben leicht Trübungen der Hornhaut zurück.

3) Herpes zoster der Lid- und Stirnhaut kann ebenfalls mit Bläschenbildungen auf der Cornea einhergehen; letztere haben in ihrem Verlaufe den Charakter des inflammatorischen Herpes. Aber nicht alle Hornhautaffectionen, die den Zoster begleiten, treten als Bläscheneruption auf, und so darf der sogenannte Zoster ophthalmicus nicht ohne Weiteres dem Herpes corneae gleichgesetzt werden.

Nicht nur bei dem *κατ᾽ ἐξοχήν* als neuralgisch bezeichneten Herpes corneae ist die Ursache in einer Affection der Nerven zu suchen, sondern auch bei den anderen Formen. Hierfür spricht das oft gleichzeitige Bestehen von Herpes labialis, sowie das häufige Zusammenfallen mit Zoster.

Diagnostisch ist der Herpes von der Keratitis phyctaenulosa zu trennen, bei welcher letzteren auch bisweilen kleine bläschenähnliche Hervorragungen, aber mit trübem Inhalt auftreten.

Die Therapie kann bezüglich der Bläschenbildung bei Herpes neuralgicus passiv bleiben; wenn Beschwerden vorhanden sind, träufle

man Cocaïn ein und bringe durch Anstechen oder Einpudern von grobem Calomelpulver die Bläschen zum Platzen. Bedenklicher ist aber die Sache, wenn sich fortgesetzt Recidive einstellen. Bisweilen nützt auch hier Calomeleinpudern, sonst sind constanter Strom, Druckverband, Abschneiden der betreffenden Hornhautpartien (Hasner) oder Cauterisiren neben den üblichen Nervenmitteln zu versuchen; in seltenen Fällen bleibt alles erfolglos.

Den inflammatorischen Herpes behandelt man mit Atropin und feuchtwarmem Druckverband; bei heftigeren Schmerzen mit Cocaïn und Narcoticis.

Keratitis bullosa.

Auf Hornhäuten mit parenchymatösen Trübungen, so nach Verbrennungen, ferner an degenerirten Augäpfeln — z. B. bei abgelaufenem Glaukom oder nach chronischer Iridochorioiditis — entstehen in einzelnen Fällen grosse, schwappende Blasen mit einem leicht trüben, selbst blutigen Inhalt. Entzündliche Erscheinungen und Schmerzen sind öfters vorhanden, können aber auch ganz fehlen. Die Blasen platzen nach einigen Tagen, oder bleiben auch längere Zeit bestehen. Nach dem Platzen tritt meist Heilung ein.

Das abgehobene Hornhautblatt zeigte neben Epithel und Bowmanscher Membran in einem von v. Graefe untersuchten Falle auch Hornhautgewebe, in anderen Fällen nur Epithel (Schweigger, Saemisch). Etwa vorhandene Schmerzhaftigkeit sucht man durch Abtragen der vorderen Wand zu heben; Recidive müssen, falls sie Beschwerden veranlassen, vorzugsweise durch Behandlung der ursprünglichen Augenaffection (z. B. des etwa bestehenden glaukomatösen Processes) bekämpft werden.

III. Eitrige Hornhauterkrankungen.

Umschriebenes eitriges Hornhautinfiltrat.

Es bildet sich in der Hornhaut eine mehr oder weniger grosse gelbe, durch massenhafte Zellenanhäufung bedingte eitrige Infiltration, während gleichzeitig pericorneale Injection auftritt. Die Infiltration pflegt in die Tiefe des Gewebes einzudringen; die oberflächlichen Schichten stossen sich ab. Oft kommt es zur Hornhautperforation, mit welcher dann plötzlich eine erhebliche Besserung und die ausgesprochene Tendenz zur Heilung eintritt. Schon vor der Perforation pflegen Gefässe vom Hornhautrand her, und zwar meist neben oberflächlichen solche, die in tieferen Lagen der Cornea sich befinden, zum Infiltrat zu verlaufen. Die Infiltrate treten einzeln oder multipel auf. Letzteres findet sich besonders häufig bei Kindern nach Exanthemen, so in der

Reconvalescenz nach Masern, Scharlach, indem dicht am Hornhautrande dickgelbe, etwas geblähte und pustulös aussehende Infiltrationen mit starker Tendenz zur Perforation entstehen. Alte Hornhaut-Flecke und -Narben gerathen auch häufig in eitrigen Zerfall. Hyperämie der Regenbogenhaut ist oft nachweisbar, eine Iritis selten. Ebenso fehlen meist Hypopyen und wenn sie vorhanden, sind sie in der Regel nur klein. Ueber starke Lichtscheu, Thränen und Schmerzen, die sich in Stirn und Schläfe fortsetzen, wird nicht selten geklagt.

In der Mehrzahl der Fälle ist in einer gewissen constitutionellen Schwäche die Neigung zum eitrigen Zerfall zu suchen. So nach erschöpfenden Krankheiten, nach zu lange fortgesetztem Nähren der Frauen. Aber auch örtliche Ursachen sprechen mit, beispielsweise finden sich bei Granulationen öfters eitrige Infiltrationen.

Die Prognose ist immerhin vorsichtig zu stellen, da es häufig zu Perforationen mit Irisvorfällen kommt. Da aber die Tendenz, sich in die Fläche auszubreiten, dieser Form fehlt, so pflegt nicht der Verlust des Auges herbeigeführt zu werden.

Die Therapie muss sich hauptsächlich danach richten, ob Conjunctivitis besteht oder nicht. Ist dieselbe und stärkere Absonderung vorhanden, so wird directes Touchiren der ektropionirten Lider mit Tannin- oder Bleilösungen besonders angezeigt sein. Feuchte Wärme, welche bei reinen eitrigen Hornhautprocessen sehr nützlich ist, ist in derartigen Fällen zu vermeiden, ja nöthigenfalls durch kühle Umschläge — etwa drei Mal täglich $^1/_4$ Stunde — zu ersetzen. Die Hyperämie der Regenbogenhaut erfordert Atropin. Ist die Perforation des Geschwürs nahe, so sucht man ein Hineinfallen des Sphincter iridis in die Wunde zu verhüten. Entsprechend der Lage des Geschwürs, also z. B. bei peripherer, wird gelegentlich auch Eserin oder Pilocarpin einzuträufeln sein, um die Pupille zur Contraction zu bringen. Bei gleichzeitiger Iritis sei man aber mit den Mioticis vorsichtig, da sie leicht die Entzündung steigern. Bei sehr heftigem Schmerz, vorzugsweise wenn die Ciliargegend auf Druck stark empfindlich ist, setzt man drei bis fünf Blutegel in die Schläfengegend und giebt, neben Anwendung der Arlt'schen Stirnsalbe, Narcotica.

Ist keine Conjunctivitis vorhanden, so sind neben Einträufelungen von Aqua chlori am empfehlenswerthesten die lauen antiseptischen Dauerverbände. Sollten dieselben Schmerzen hervorrufen, so wende man laue Umschläge mit Kamillenthee, Borsäure- oder Sublimatlösung mehrere Male täglich $^1/_2$ Stunde lang an. Man muss aber hier auch die Empfindungen des Patienten etwas berücksichtigen: es giebt Individuen, welche selbst laue Umschläge wegen Vermehrung der Schmerzen nicht vertragen. — Ist die Perforation sehr nahe, buchten sich etwa schon

die untersten Schichten des Geschwürs hervor, so macht man die Paracentese im Geschwürsgrund. Man bedient sich hierzu der Desmarres'schen Paracentesen- oder Punctionsnadel (Fig. 148). Nach Abfluss des Kammerwassers verengt sich die Pupille; die Refraction wird erhöht. Will man die Wunde längere Zeit offen halten, so kann man die eingetretene Verklebung mit dem an der anderen Seite der Nadel befindlichen Spatel trennen. Bezüglich der Allgemeinbehandlung sind meist Roborantia angezeigt.



148. Paracentesennadel von Desmarres.

Hypopyonkeratitis.

Dieser von Roser eingeführte Namen bezeichnet eitrige Processe in der Hornhaut, die — im Gegensatz zum umschriebenen Eiterinfiltrat — die Tendenz haben, sich nicht nur in die Tiefe, sondern auch in die Fläche auszubreiten und sich mit grösseren Hypopyen zu verbinden. Die Hornhautaffection tritt unter verschiedenen Formen auf und hat danach auch verschiedene Namen erhalten: so Hornhautabscess (Arlt, Weber), torpides eitriges Hornhautinfiltrat (v. Graefe), Ulcus serpens (Saemisch). Die zerstörende Tendenz, die Complication mit Hypopyen, wie auch Verlauf und Ausgang gestatten aber die Einreihung dieser Formen in eine Krankheitskategorie.

Am häufigsten beobachtet man die Form des Ulcus serpens. Hier besteht meist in den mittleren Partien der Cornea ein rundlicher oder ovaler, anfänglich sehr oberflächlicher Substanzverlust, an dessen Stelle die Cornea leicht grau und durchscheinend ist. An einem kleineren oder grösseren Theile des Randes — selten das Geschwür ganz umgebend — findet sich eine dicke, käsige, grauweisse, ziemlich schmale und bogenförmige Infiltration, bisweilen daneben punktförmige Herde. Da besonders die Infiltration des Randes ins Auge fällt und die Geschwürsfläche fast im Niveau der übrigen Hornhaut zu liegen scheint, zeigt die Affection ein von sonstigen Geschwüren abweichendes Aussehen: es fehlt die eigentlich grubenförmige Vertiefung. —

Aehnlich, wie oben beschrieben, schildert Arlt das zweite Stadium des von ihm als Abscess bezeichneten Processes, nach Resorption oder Perforation des Eiters. Der ursprüngliche Abscess bildet eine abgesackte gelbeitrige Infiltration unter Schmelzung der tieferen Hornhaut-

lamellen; das Epithel und die obersten Schichten bleiben anfänglich erhalten. Diese Affection ist sehr selten.

Bei dem torpiden Eiterinfiltrat sind in grosser Ausdehnung die oberen Schichten eitrig infiltrirt. Später kommt es meist zu Ulcerationen, ohne dass jedoch das typische Bild des Ulcus serpens auftritt, indem der Grund gelblich-eitrig infiltrirt bleibt. Gemeinsam mit dem Ulcus serpens ist ihm die Tendenz zur Ausbreitung und Hypopyonbildung.

Bisweilen können diese Formen allerdings als verschiedene Stadien desselben Processes vorkommen; doch ist dies durchaus nicht nöthig.

Wenn z. B. das Epithel durch ein Trauma abgerissen ist und eine Infection der Wunde stattfindet, so entsteht sofort ein Ulcus serpens, nicht etwa erst ein Abscess.

Von den Rändern des Geschwürs oder Eiterinfiltrats aus sieht man bei schiefer Beleuchtung weisslich-graue, nach der Hornhautperipherie hin verlaufende feine Striche — Zelleninfiltrationen entsprechend —, die tief in das Parenchym hineingehen und öfters mit einander in Verbindung treten. Schon frühzeitig finden sich Veränderungen des Kammerwassers, indem es sich leicht trübt, und bald entstehen theils graue, rein fibrinöse, theils gelbe, meist nur mit wenigen Eiterzellen durchsetzte Massen am Boden der Kammer. Sehr häufig lassen sich Verbindungsstränge von der Hornhautinfiltration zum tieferliegenden Hypopyon verfolgen. Da erstere sich nach der Punction der vorderen Kammer ebenfalls entleeren, so ist die Lage derselben auf der hinteren Hornhautfläche — nicht etwa zwischen den Hornhautlamellen — erwiesen. Es handelt sich hier um ein Hindurchkriechen der Eiterzellen in die vordere Kammer an der Stelle des Infectionsherdes und eine Senkung derselben auf der Membr. Descemetii (Horner). Umgekehrt kann auch, nach den Untersuchungen von Fuchs und Elschnig, von den Gefässen an der Hornhautperipherie von der Kammerbucht aus eine Eiterwanderung von der Membrana Descemetii hinauf zur hinteren Wand des Ulcus erfolgen und von dort aus durch die Membrana Descemetii in die Hornhautlamellen dringen. Ueberhaupt sind bei manchen tiefen Hornhautaffectionen die Veränderungen des Endothels der M. Descemetii von Bedeutung, indem hierdurch dem Kammerwasser leichterer Zugang zum Hornhautgewebe gewährt wird; durch Fluorescin-Einträufelungen kann man direct die Störungen des Endothel-Bezuges constatiren (v. Hippel jun.). Uebrigens besteht das Hypopyon in seiner Hauptmasse aus Fibrin. In sehr seltenen Fällen findet eine Senkung des Eiters zwischen den Hornhautlamellen selbst statt; der so an der unteren Hornhautperipherie zu Stande gekommene, kleine, gelbliche Halbmond führt den Namen Onyx oder Unguis: in der Regel handelt es sich jedoch um ein wirkliches,

in der vorderen Kammer befindliches Hypopyon. Die Iris ist an dem Zustandekommen des Eiters meist wenig betheiligt, hingegen gehen die fibrinösen Absonderungen von ihr aus. Hyperämien derselben fehlen selten, auch kommt es oft zu adhäsiver Iritis; selbst Iridocyklitis kann eintreten.

Die Kranken verhalten sich bisweilen auffallend indolent, indem die Röthung des Auges, das Thränen und Schlechtersehen sie wenig genirt. In anderen Fällen bestehen heftige Ciliarneurosen, die Tag und Nacht die Ruhe rauben. — Das Ulcus serpens pflegt sich sehr schnell peripher auszubreiten; in acht Tagen hat es bisweilen den grössten Theil der Hornhaut zerstört. Daneben geht es auch in die Tiefe; doch ist ein stärkerer Substanzverlust selten sichtbar, indem die Vertiefung dadurch wieder ausgeglichen wird, dass die übrigbleibende dünne Schicht Hornhaut dem intraocularen Drucke nachgiebt und nach vorn getrieben wird. Auch die torpiden Eiterinfiltrate dehnen sich oft mit erheblicher Schnelligkeit aus und richten grosse Partien der Hornhaut zu Grunde. Bei den eigentlichen Abscessen ist diese Tendenz weniger ausgeprägt. Ist es zur Perforation der Hornhaut gekommen, so pflegt sich der Process meist günstiger zu gestalten, indem sich in der Hornhaut Gefässe entwickeln und den Substanzverlust zur Heilung bringen, allerdings mit weisser Narbe. Häufig ist die Iris mit ihr verwachsen. Ebenso bilden sich bisweilen umschriebene Kapsellinsenstare, die sich selbst zu totaler Linsentrübung erweitern können. Ist der Substanzverlust sehr ausgedehnt gewesen, so entsteht ein Staphylom oder auch Phthisis corneae. In seltenen Fällen treten innere heftigere Entzündungen auf, die zur Chorioiditis suppurativa und Panophthalmitis führen.

Aetiologie. Die Hypopyonkeratits ist am häufigsten durch septische Infection veranlasst, und zwar in einer grossen Zahl der Fälle durch Secret alter Thränensackblennorrhoen. Auf letztere ist bei jeder Hypopyonkeratitis zu fahnden. Ich habe Thränensackleiden in ca. 54 Procent der Erkrankungen beobachtet. Bisweilen besteht das Thränensackleiden nicht auf der Seite des erkrankten, sondern auf der des anderen Auges; auch muss man öfters daraufhin untersuchen, da bei der ersten Untersuchung zufällig kein ausdrückbares Secret im Thränensack vorhanden sein kann.

Impfungen des Thränensacksecrets auf Kaninchenhornhäute, die ich angestellt, haben die infectiöse Wirkung desselben erwiesen. In dem Secret vieler Thränensackblennorrhoen (nicht alle haben sich nach meinen Impfversuchen an Kaninchenhornhäuten in gleichem Maasse infectiös gezeigt) finden sich verschiedenartige Mikrokokken und Stäbchen. Unter ihnen auch der Fränkel-Weichselbaum'sche Pneumococcus. Da letzterer ebenfalls in dem Gewebsdetritus, welcher dem Ulc. serpens entnommen wird, wie Uhthoff und Axenfeld nachgewiesen und

ich bestätigen kann, fast regelmässig vorkommt und seine Impfung auf Kaninchenhornhaut eitrige Infiltration hervorruft, so liegt eine grosse Wahrscheinlichkeit vor, dass eine von ihm ausgehende Infection bei der Entstehung des Ulc. serpens eine Rolle spielt. Doch soll die Möglichkeit einer anderen Art der Entstehung, besonders von Mischinfectionen, nicht ausgeschlossen sein, zumal auch bei anderen Hornhautprocessen, so bei der Keratomalacie, Pneumokokken gefunden sind (v. Hippel, Dötsch), weil ferner dieselben bei Conjunctival-Affectionen überhaupt nicht selten sind, und schliesslich auch die Impfung auf Kaninchenhornhaut kein specifisches Ulc. serpens hervorgerufen hat.

Leber hat die Entwicklung der Eiterungsprocesse in der Hornhaut besonders eingehend studirt. Es sind nach ihm die Stoffwechselproducte der Bacterien, welche, in starker Concentration die Zellen tödtend, in schwächerer reizend, die eigenartige Form der eitrigen Hornhautentzündung bedingen. Während sie an der Stelle ihrer Einimpfung einen nekrotischen Herd verursachen, wirken sie auf Leukocyten in den Gefässen des Hornhautrandes reizend (chemotactisch) und veranlassen das Auskriechen derselben. Die weissen Blutkörperchen wandern nunmehr zur Impfstelle, an deren Grenze sie gelähmt werden und absterben. Hierdurch entsteht der Infiltrationsring.

Dass selbst Schimmelpilz eine Hypopyonkeratitis bewirken kann, lehren Fälle von Leber und Anderen, wo Aspergillus glaucus sich im Hornhautgewebe fand (Keratomykosis aspergillina); aber es sind auch leichtere Affectionen nach dem Eindringen dieser Pilze beobachtet (Uhthoff).

Den directen Anlass zur Infection geben meist Verletzungen der Cornea durch Zweige, Getreidehalme u. s. w.; bei Landleuten ist in der Erntezeit (Kératite des moissonneurs) die Affection besonders häufig.

Aber auch ohne Verletzung und nachweisbare Infection kommen Hypopyonkeratiten vor. So in der Gestalt des torpiden Hornhautinfiltrats bei schwächlichen oder scrophulösen Kindern und nach Exanthemen, oder bei älteren herabgekommenen Individuen.

Besonders nach Pocken treten ähnliche schwere eitrige Infiltrationen der Hornhaut auf. Es handelt sich hier nur selten um Efflorescenzen, die der Pockeneruption auf der Haut analog wären und gleichzeitig mit ihr auftreten, sondern in der Regel um später entstehende Hornhautprocesse, wie sie auch sonst bei herabgekommenen Individuen sich nach Typhus, Puerperalfieber, Diabetes u. s. w. zeigen. Zur Zeit der Hauteruptionen selbst habe ich bei Pockenkranken öfters Conj. phlyctaenulosa gesehen.

Die Prognose ist um so schlechter, je länger eine entsprechende Therapie ausbleibt; bei umschränkter Erkrankung ist Heilung wahrscheinlich. Ebenso wenn bei Ulcus serpens frühzeitig spontane Perforation eintritt. Günstig verlaufen öfters bei frühzeitiger Behandlung auch die diffusen torpiden Eiterinfiltrationen der Kinder, die sich auffallend vollständig resorbiren können.

Therapie. Im Beginn des Ulcus serpens und bei nicht zu grosser Ausbreitung desselben genügt die einfach medicamentöse Behandlung mit feucht-warmen, antiseptischen Verbänden neben Atropinisirung des Auges und täglich zweimaligem Einpudern von Jodoform-

pulver. Letzteres Mittel übertrifft hier oft die sonst sehr brauchbare officinelle Aqua chlori. Diese oder eine 1procentige Creolinlösung kann man 1 bis 2mal täglich reichlich einträufeln, wenn Jodoform nicht vertragen wird oder unwirksam ist, was gelegentlich vorkommt. Das Xeroform, welches ebenfalls empfohlen ist und ähnlich wie Jodoform wirkt, bildet leicht im Auge eine cementartige Masse, die, wie ich beobachtet, sogar bei Substanzverlusten zum Theil einheilen und Trübungen veranlassen kann. Auch das directe Bepinseln des Geschwürs mit Aqua chlori, Creolin oder mit Sublimatlösung (1:1000) ist entsprechenden Falls zu versuchen. Von der gleichfalls empfohlenen subconjunctivalen Kochsalzlösung habe ich nicht viel gesehen. An Stelle der dauernd getragenen feucht-warmen antiseptischen Verbände, die eventuell auch durch Umhüllung eines Augen-Thermophor (gefüllt mit Krystallen von unterschwef licht- oder essigsaurem Natron) mit feuchtem Mull hergestellt werden können, sind, falls der Druck des Verbandes schmerzhaft wird, feucht-warme Compressen mit 2- bis 3procentiger Borsäurelösung oder Sublimatlösung mehrmals am Tage eine halbe Stunde lang, anzuwenden.

Bei dieser Therapie heilen eine Reihe von leichteren Processen; bisweilen tritt auch eine spontane Perforation des Geschwürs ein, ohne allzu grossen Substanzverlust. Droht dieselbe, so wird man bei peripherem Sitze des Geschwürs das Atropin mit Pilocarpin oder Eserin vertauschen, um den Sphincterrand möglichst fern der Durchbruchstelle zu bringen. Manchmal scheinen Miotica die Heilung zu unterstützen, in anderen Fällen aber verschlechtern sie den Process; besonders dann, wenn stärkere Iritis besteht.

Daneben ist ein etwa vorhandenes Thränensackleiden zu behandeln, indem man durch Sondiren dem Secret möglichst Abzug in die Nase verschafft und es desinficirt. Auch hier wirkt Jodoform vortrefflich; schon das einfache Einpudern in den Conjunctivalsack hebt bisweilen die Secretion auf. Sonst kann man auch durch die erweiterten Thränencanälchen mittels einer Spritze Jodoformsalbe oder Jodoformöl in den Thränensack einführen. Auch Ausspritzungen mit Aqua chlori oder Zinc. sulfuric.-Lösungen sind zu empfehlen.

Bei heftigen Schmerzen und wenn der Augapfel auf Druck empfindlich ist, erscheint bei nicht zu herabgekommenen Individuen das Ansetzen von Blutegeln angezeigt, daneben Narcotica. Bei torpiden Individuen sind Wein und Roborantia zu geben.

Selbst bei etwas grösseren Geschwüren und stärkerem Hypopyon kann man wohl ein bis zwei Tage das erwähnte friedliche Verfahren versuchen, doch wird es hier oft in Stich lassen, und man muss — neben den feucht-warmen Umschlägen und Jodoform — zu operativen Eingriffen schreiten, besonders dann, wenn der dünne Geschwürsgrund

durch den Kammerwasserdruck schon hervorgebuchtet ist. Um dem Fortschreiten des Geschwürs entgegenzutreten, ist es das Beste, mit dem Galvanocauter die Geschwürsränder zu brennen; bisweilen ist das Verfahren zu wiederholen, wenn sich eine neue fortschreitende Rand-Infiltration zeigt. Zur Entleerung des Kammerwassers und Hypopyons kann man bei sehr dünnem Geschwürsgrunde gleich mit dem Galvanocauter an einer Stelle durchbrennen. Sonst empfiehlt sich mehr am unteren Hornhautrande, nicht zu peripher, mit einer Lanze eine nicht zu kleine Punction zu machen. Hierbei entleert sich das Hypopyon meist leicht und bleibt nicht, wie es bei Perforationen in der Nähe des Hornhautcentrums öfters geschieht, auf der Linsenkapsel liegen und veranlasst hierdurch das Entstehen von Kapselstaren. Ueberhaupt ist die volle Entleerung des Hypopyons nicht immer erreichbar, da es meist aus einem grösseren, fest zusammenhängenden Fibringerinnsel mit wenigen Eiterkörperchen besteht, das man in continuo mit der Pincette herausziehen kann. Aber es macht auch nicht zu viel aus, wenn etwas davon noch in der vorderen Kammer bleibt, da durch das neugebildete Kammerwasser eine bessere Lösung und Resorption desselben eingeleitet wird. Die Punctionswunde muss übrigens, wenn sie sich schliesst, längere Zeit durch wiederholtes Lüften mit dem Spatel oder bei der queren Durchschneidung (s. unten) mit dem Knopfe des Weber-schen Thränenröhrchen-Messers offen gehalten werden, so dass täglich wenigstens eine einmalige Entleerung des Kammerwassers erfolgt. Erst wenn deutliche Heilungstendenz vorhanden ist und keine neuen Hypopyen auftreten, kann man die Wunde verheilen lassen.

Vor der Einführung der Cauterisation mit Ferrum candens, Galvanocauter (Gayet, Sattler) oder dem von Eversbusch modificirten Thermocauter wurde besonders die von Saemisch angegebene quere Durchschneidung des ganzen Geschwürs geübt. Es war das ein erheblicher Fortschritt in der Behandlung dieses bösartigen Processes. Zur Entleerung von Hypopyen ist neben der Cauterisation auch jetzt noch dies Verfahren empfehlenswerth; in einer Anzahl von Fällen genügt es allein schon zur Heilung.

Man geht hierbei mit einem schmalen Graefe'schen Messer an einem Rande des Geschwürs noch im gesunden Gewebe in die vordere Kammer, führt dann das Messer, mit der Schneide nach vorn, in der vorderen Kammer hinter dem Geschwür entlang zum entgegengesetzten Rande, sticht dort aus und durchschneidet nach vorn ziehend quer den ganzen Geschwürsgrund. Das Kammerwasser fliesst jetzt ab und der Eiter entleert sich, wenn auch nicht immer vollständig. Auch hier muss man durch vorsichtiges Eingehen mit einer Irispincette noch oft das Gerinnsel herausziehen. Die heftigen Schmerzen, die der

Kammerentleerung folgen, hören unter einem feucht-warmen Verbande bald auf.

Bei länger bestehenden und grösseren Ulcera mit Hypopyon entwickeln sich in einer Reihe von Fällen Kapsellinsentrübungen, die umschriebener bleiben können, bisweilen aber auch zu vollständiger kataraktöser Trübung führen. Sie sind wohl vorzugsweise Folge des längeren Anliegens der Linse an die geschwürige Cornea und der Einwirkung des auf der Kapsel haftenden Eiters. Möglich ist, dass auch bei der mit der Kammeröffnung eintretenden Linsenverlagerung kleinere Kapselrisse zu Stande kommen; aber auch ohne diese sieht man öfters umschriebene Linsentrübungen nach Ulcus serpens entstehen. —

Man thut bei grösseren Substanzverlusten gut, in der Heilungsperiode und noch lange nachher dauernd einen Druckverband tragen und Pilocarpin, das durch die Irisentfaltung dem Vorrücken der Linse entgegenwirkt, einträufeln zu lassen. Keinenfalls darf der Kranke zu früh seine Arbeiten aufnehmen; man sieht sonst leicht den mit glatter Corneanarbe Entlassenen mit grossem Staphylom sich wieder vorstellen.

Die Abscesse und eitrigen Hornhautinfiltrate erfordern im Ganzen dieselbe medicamentöse Behandlung, nur ist die Wirkung des Jodoforms hier nicht so erprobt. Man wird besser Aqua chlori, Creolinlösung oder 1 bis 2procentige Lösungen von Chin. muriaticum mehrmals täglich einträufeln. Besteht ein wirklicher Abscess, so kann man ihn mit einer breiten Paracentesennadel anstechen, doch gelingt eine eigentliche Entleerung meist nicht, da die Eiterzellen in den Hornhautlamellen haften. Eine quere Durchschneidung der infiltrirten Hornhaut erscheinen hier, sowie bei dem diffusen Eiterinfiltrat nicht indicirt, wohl aber ist öfters die Anwendung des Galvanocauters angezeigt. Grössere Hypopyen, wenn sie etwa mehr als ein Drittel der vorderen Kammer einnehmen, entleert man mit einer breiten Punctionsnadel, die man in der Nähe der unteren Hornhautperipherie einsticht. Nöthigenfalls eröffnet man in den nächsten Tagen die Wunde wieder von Neuem.

Keratomalacie.

In sehr seltenen Fällen bildet sich im Centrum oder in der Peripherie (Ringabscess) der Cornea eine Eiterinfiltration, die in wenigen Tagen sich über die ganze Hornhaut erstreckt und diese in einen nekrotischen Brei umwandelt, der sich zum Theil abstösst und zu ausgedehnten Perforationen führt oder auch eine Art Vertrocknung eingeht, als deren Endresultat dann ein Schwund der Hornhaut eintritt, so dass dieselbe schliesslich nur eine kleine, flache, weissliche, vielleicht noch an einer Stelle durchscheinende Platte am vorderen Pole des

Auges bildet. Nach inficirten Kataraktextractionen, bei acuten Conjunctivalblennorrhoen und Diphtheritis conjunctivae, sowie auch ohne andere örtliche Affection bei geschwächten, elenden Individuen, nach schweren Allgemeinkrankheiten, wohl auch als Folge septischer Infection (Manz), wird die Keratomalacie (μαλακός, weich) gelegentlich beobachtet. Ich habe eine junge, sehr anämische Frau gesehen, die am dritten Tage nach einer normalen Entbindung an einer doppelseitigen eitrigen Hornhautinfiltration erkrankte. In drei weiteren Tagen waren beide Hornhäute total vereitert.

Feucht-warme Umschläge neben Roborantien können angewandt werden, ohne dass man sich jedoch bei entwickelter Keratomalacie bezüglich der Erhaltung der Hornhaut etwas versprechen darf.

Keratitis xerotica.

Bei kachektischen Individuen beobachtet man eine eigenthümliche Hornhautverschwärung, der in der Regel eine Xerosis der Conjunctiva und oft, wie Mittheilungen Gouvêa's ergeben, auch Hemeralopie vorangeht. Die Conjunctiva ist trocken, mit feinem Schaum und Schüppchen bedeckt, die unter dem Mikroskop Pflasterepithelzellen und Fett zeigen, ihrer Hauptmasse nach aber aus Bacillen bestehen (vgl. Xerosis conjunctivae).

Bei Bewegungen des Bulbus heben sich auf der zwischen den Lidern freiliegenden Schleimhaut kleine senkrechte Falten. Die Sensibilität der Cornea ist vermindert. Es treten einzelne vordere Conjunctivalvenen und Episcleralgefässe scharf hervor, ohne dass jedoch eine ausgeprägtere pericorneale Injection vorhanden wäre. Das Auge ist lichtscheu und thränt.

Ein kleiner meist central gelegener Bezirk der Cornea wird trocken, matt, grau, später gelblich getrübt. Das Epithel stösst sich in grosser Ausdehnung ab. Dann bildet sich eine fortschreitende Eiterinfiltration mit ulceröser Schmelzung, die in kurzer Zeit die Cornea gänzlich oder bis auf einen schmalen Rand zerstören kann. In anderen Fällen geht der Process langsamer voran und hält sich mehr im Bezirke der Lidspalte. Die Iris pflegt sich beim Fortschreiten auch zu betheiligen; nach Abstossung der Cornea kann sich eine Panophthalmitis entwickeln.

In einzelnen Fällen von infantiler xerotischer Hornhautverschwärung sind im Gewebe und zum Theil in den Gefässen massenhafte Kokken gefunden worden (Leber und Wagenmann), in anderen Streptokokken (Schanz, Uhthoff und Axenfeld), und auch Pneumokokken.

v. Graefe hat diese Affection, die er besonders bei elenden Kindern im zweiten bis fünften Lebensmonate beobachtete, als „Hornhautverschwärung bei infantiler Encephalitis“ bezeichnet.

Es fand sich nämlich im Gehirn ausgedehnte fettige Degeneration der Neurogliaelemente, ohne dass jedoch klinisch eigentliche Hirnsymptome bestanden. Nachdem aber durch Jastrowitz' Untersuchungen die pathognomonische Bedeutung eines reichlichen Gehalts an Fettkörnchenzellen in den Gehirnen so jugendlicher Individuen zweifelhaft geworden ist, kann die Affection nicht wohl auf ein Gehirnleiden zurückgeführt werden, zumal sich ganz gleiche Hornhautaffectionen auch bei älteren Individuen finden, die an anderen Erkrankungen leiden. So hat Gouvêa sie bei kachektischen Negern in Brasilien vielfältig beobachtet; ich sah sie auch bei einem etwa achtjährigen, an Knochenaffection seit Jahren erkrankten Kinde. Es scheint, als wenn der nicht vollkommene Lidschluss, indem in Folge der allgemeinen Schwäche die Lidspalte etwas offen bleibt, für eine Reihe von Fällen die nächste Veranlassung durch Austrocknung der Hornhautoberfläche giebt. Eine weitere Rolle dabei wird der mykotischen Infection zufallen.

Die Prognose ist bei ganz jugendlichen Kindern für die Augen schlecht; in der Regel tritt bald der Tod ein. Bei Erwachsenen ist sie etwas günstiger.

Auch bei Lagophthalmus und Exophthalmus kann eine partielle Hornhaut-Vertrocknung auftreten: bei ersterem befällt sie meist die untere, im Schlaf blossliegende Hornhautpartie, auf der sich oft eingetrocknete Secretkrusten finden, bei letzterem, da die Beweglichkeit des Bulbus verringert ist, den unbedeckten centralen Theil.

Die Therapie hat für Verschluss der Augen, Anwendung der feuchten Wärme und Hebung des Allgemeinbefindens zu sorgen; mit Berücksichtigung des Nachweises von Bacterien würde sich der feuchtwarme antiseptische Verband und Einträufeln von Chlorwasser empfehlen. — Gouvêa hat bei frühzeitigem Eingreifen sehr gute Erfolge vom Dampfspray von 40 Grad C. gesehen, den er 1 bis 3mal täglich 15 Minuten lang auf das Auge wirken lässt. Dazwischen Druckverband. Er benutzt zum Zerstäuben Kamillenthee oder einfaches Wasser.

Keratitis neuroparalytica.

Die Keratitisform, welche sich bei Trigeminuslähmung bildet, kann in ihrem Aussehen und Verlauf ganz der xerotischen entsprechen; in anderen Fällen kommt es nur zu einfachen Infiltraten oder Ulcerationen, die der Heilung wieder zugeführt werden können. Da die Sensibilität der Conjunctiva und Cornea aufgehoben ist, haften kleine Fremdkörper länger auf dem Bulbus, ehe sie durch Lidschlag entfernt werden. Und in der That wurde von Snellen und später von Senftleben (neuerdings von Hanau) die entstehende Keratitis einfach als eine traumatische aufgefasst, da man bei Kaninchen nach Trigeminusdurchschneidung durch entsprechenden Schutz der Augen die Entstehung derselben verhüten kann. Jedoch spricht gegen diese Auffassung, dass Form und Ablauf der Entzündung andere sind, als die, welche wir sonst nach Traumen sehen; trotz Schutzes des erkrankten Auges pflegt der Hei-

lungsverlauf ein bei Weitem schlechterer zu sein als bei traumatischen Entzündungen gleicher Ausdehnung. Zudem haben Versuche von Meissner und Schiff ergeben, dass ungeachtet erhaltener Sensibilität die Entzündung der Hornhaut erfolgt, wenn der mediale Theil des Trigeminus allein durchschnitten wird. Bleibt dieser unverletzt, so tritt keine Entzündung auf (Meissner, Schöler und Uhthoff): es müssen demnach hier Nerven verlaufen, die in einer directen Beziehung zur Ernährung der Cornea stehen. Dafür spricht ferner, dass nach Verletzungen des Ganglion Gasseri sofort Veränderungen im Hornhaut-Epithel beobachtet wurden (Gaule). Auch F. Krause, der nach Exstirpation desselben am Menschen keine Entzündungen des Auges beobachtete, im Gegensatz zu Lexer, der unter 9 Fällen 2 mal Keratitis sah, fand doch eine Verringerung der Befeuchtung und geringere Widerstandsfähigkeit gegen entzündungserregende Einflüsse. Hierdurch ist ein günstiger Boden geschaffen für die schädliche Einwirkung von Traumen und für eine durch Verringerung des Lidschlages und der reflectorischen Thränensecretion veranlasste Vertrocknung, auf die v. Graefe, neuerdings Feuer und v. Hippel jun. das Hauptgewicht legen, und endlich vielleicht auch für die Einwanderung von Bacterien. Wenn man hiergegen anführen wollte, dass nach der Neurotomia optico-ciliaris keine ähnliche Entzündung der Cornea eintritt, so ist zu beachten, dass, wenngleich die die Hornhaut versorgenden Ciliarnerven durchschnitten sind, doch die Sensibilität der Conjunctiva erhalten bleibt und weiter der Lidschlag sich nicht vermindert, demnach viel weniger Veranlassung zu Traumen und keine zur Vertrocknung vorhanden ist. Beides kommt auch in Betracht für die meist entzündungsfrei bleibenden Fälle von Trigeminuslähmung, wo bei gleichzeitiger Oculomotoriusparalyse das herabgesunkene obere Lid das Auge schützt.

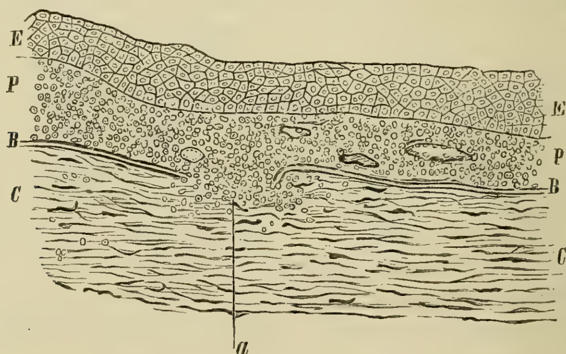
Die Prognose ist ungünstig, da beim Fortbestehen der Trigeminuslähmung ein dauernder Schutz des Auges schwer herzustellen ist. Gewöhnlich kommt es zu einem Leukom, bisweilen selbst zu totalem Verlust der Cornea.

Die Therapie hat vor Allem Befeuchtung des Auges und Abwehr von Verletzungen zu erstreben. Es ist daher ein dauernder feuchtwarmer antiseptischer Verband indicirt; bei gleichzeitiger Conjunctivitis ist diese zu behandeln, und es wird in solchen Fällen die feuchte Wärme nicht zu lange angewendet werden können. Daneben Atropin, oder aus früher auseinandergesetzten Gründen beim Fehlen einer Iritis gelegentlich Eserin. Auch Elektricität und Strychnin-Injectionen unter die Schläfenhaut (Nieden) kann man versuchen. Ist ein Leukom entstanden, so wird bisweilen nachträglich durch eine Iridectomie, die in der Regel gut heilt, noch Besserung des Sehens geschaffen.

IV. Diffuse Hornhautinfiltrationen.

Pannus (Keratitis pannosa).

Grössere verästelte Gefässstämme, die, ursprünglich aus dem episkleralen Randschlingennetz entstehend, sich meist bis zu den hinteren Conjunctivalgefässen verfolgen lassen, setzen auf die Hornhaut über und verbreiten sich in ihrer Oberfläche. Ihre Lage ist zwischen Epithel und Bowman'scher Membran beziehentlich dicht unter dieser. Daneben zeigt die Hornhautoberfläche eine leichte diffuse Trübung durch Anhäufung von Zellen unter dem Epithel; ebenso Unregelmässigkeit, Hypertrophie und kleine Substanzverluste des letzteren. Auch die Bowman'sche Membran kann durchbrochen werden und so eine Zelleneinwanderung in das Hornhautparenchym stattfinden (vergl. Figur 149). Der Verbreitungsbezirk der Gefässe ist bisweilen so ausgedehnt, dass die ganze Hornhaut mit ihnen durchsetzt ist; in anderen Fällen bleiben



149.

Pannus. E = Epithel. P = Pannus-Infiltration mit Gefässen. B = Bowman'sche Membran bei a perforirt. C = Cornea-Stratum.

sie auf eine Partie beschränkt. Häufig ist nur die obere Hälfte befallen. Je nach der Intensität der Gefässentwickelung und Hornhauttrübung unterscheidet man einen Pannus tenuis und einen Pannus crassus oder sarcomatosus; hier kann die Cornea ein fleischähnliches rothes Aussehen annehmen. In den schweren Fällen kommt es später zu ausgedehnten Bindegewebsbildungen in den oberflächlichen Hornhautpartien. Ist das Hornhautgewebe nur wenig afficirt und sind vorzugsweise die oberflächlich verlaufenden, geschlängelten und verästelten, mit den hinteren Conjunctivalgefässen in Verbindung stehenden Gefässe das Pathologische, so ist es correcter, nicht von Keratitis pannosa, sondern nur von pannösen Gefässen zu sprechen, die übrigens in sehr

seltenen Fällen auch zu kleinen Cornealapoplexien Anlass geben können. — Von subjectiven Erscheinungen bringt das acute Auftreten oft starke Lichtscheu, Thränen, Schmerzen; später treten die Sehstörungen mehr in den Vordergrund. Bei sehr dickem Pannus können die Kranken sich nicht mehr allein führen, sehen kaum noch die Zahl der Hände. Daneben ist oft vermehrte Secretion vorhanden, die von den complicirenden Conjunctivalaffectionen abhängig ist.

Wenn der Pannus sich zurückbildet, verschwinden die Gefässe allmählich und die Cornea lichtet sich. Die Trübung kann der Therapie ganz weichen, besonders bei jugendlichen Individuen, oder noch einen leichten durchsichtigen Schleier, oft nur bei schiefer Beleuchtung und an umschriebenen Stellen erkennbar, zurücklassen. In anderen Fällen, wenn der Pannus länger bestanden und wenn sich, wie nicht selten, umschriebene Hornhautinfiltrate, selbst eitriger Natur, hinzugesellt haben, bleibt eine intensive oberflächliche Trübung neben umschriebenen weisslichen Narben. Auch veranlasst ein derartiges eitriges Infiltrat gelegentlich eine Perforation mit Irisprolaps, so dass eine vordere Synechie entsteht.

Iritis complicirt öfters den Pannus; besonders ist auf Iritis serosa zu achten, bei der ohne stärkere Miosis die vordere Kammer tiefer wird und secundäre Steigerung des intraocularen Druckes auftritt. In sehr schweren Fällen erfolgt eine Art Schrumpfung der Hornhaut: sie wird weisslich, trocken und abgeflacht, meist nur noch mit spärlichen Gefässen durchzogen.

Aetiologie. 1) Trachom bildet die häufigste Ursache des Pannus, der hierbei lange Zeit auf die obere Hälfte der Cornea beschränkt bleibt. 2) Keratitis phlyctaenulosa führt bei längerem Bestehen zu Pannus, der meist die ganze Hornhaut einnimmt. 3) Chronische Blennorrhoen, selbst einfacher Katarrh kann bei alten Leuten gelegentlich eine umschriebene pannöse Trübung veranlassen. 4) Trauma. Sowohl die directe Verletzung der Cornea durch schiefstehende Cilien bei Trichiasis und Entropium oder durch Fremdkörper, als auch die bei Ectropium durch grössere Blosslegung der Cornea bewirkte Reizung kann Pannus verursachen. 5) In der Heilungsperiode von Infiltraten oder Geschwüren treten nicht selten pannöse Gefässe auf (Pannus regenerativus).

Die Prognose richtet sich nach der Ursache. Ist diese schnell zu beseitigen, so ist auch baldige Heilung zu erwarten. Von den einzelnen Formen pflegt die bei Trachom vorkommende besonders hartnäckig zu sein, doch kann man bei Ausdauer oft überraschende Erfolge erzielen. Kaum der Heilung zugänglich ist der Pannus bei totaler narbiger Umwandlung der Conjunctiva. Der phlyktänuläre Pannus klärt sich in der Regel.

Behandlung. Der trachomatöse Pannus pflegt sich mit der Heilung des Schleimhautprocesses zurückzubilden, besonders ist hierauf zu hoffen, wenn die Schleimhaut noch Hyperämie und Körner zeigt, weniger, wenn sich ausgedehnte Narben gebildet haben; aber auch hier kann die Behandlung der einzelnen, zwischen den Narben befindlichen hyperämischen und geschwellten Schleimhautpartien oder der noch vorhandenen Granulationen Erfolge erzielen. Auf diese Behandlung, die im Kapitel Trachom besprochen ist, muss das Hauptgewicht gelegt werden. Giebt jedoch die Beschaffenheit der Schleimhaut keine besonderen Indicationen mehr, so ist der Pannus direct anzugreifen. Hier ist die Guthrie'sche Salbe (Argent. nitricum 0·4, Acet. plumb. gtt. 8, Vaselini 8·0) oft von gutem Erfolge. Auch der Zerstäubungsapparat, durch den laue, schwach adstringirende Lösungen gegen den offengehaltenen Bulbus geworfen werden, ist bisweilen mit Nutzen verwendbar. Besondere Aufmerksamkeit ist der Vernichtung der zuführenden Gefässe am Hornhautrande zuzuwenden. Man kann hier die punktförmige Cauterisation der einzelnen Gefässe mit dem Glüheisen anwenden, oder auch sie öfters mit dem Höllensteinstift — unter nachfolgender Neutralisation — touchiren. Weniger ausreichend wirkt die einfache Durchschneidung der Gefässe. Ist die Gefässentwickelung sehr stark und verbreitet, so empfiehlt es sich, die Peridectomie oder Syndectomie auszuführen. Man schneidet hierbei mit der Scheere ein 2 bis 3 mm breites Stück Conjunctiva, circulär mit dem Hornhautrande und diesem sich anschliessend, heraus. Um eine wirkliche Unterbrechung und Zerstörung der Gefässe zu erreichen, wird das darunterliegende episklerale Gewebe stark scarificirt. Die Reaction auf diesen Eingriff führt anfänglich zu einer stärkeren Trübung der Cornea, die sich nach und nach wieder zurückbildet. Die gute Wirkung tritt erst nach Wochen zu Tage. Sehr vortheilhaft ist es auch, die Gefässe auf der Hornhaut selbst mit einem Lanzenmesser einzeln aufzuschneiden: man kann dies Verfahren mit gleichzeitiger Durchschneidung der zuführenden Gefässe am Hornhautrande verbinden.

Die Einimpfung einer acuten Blennorrhoe — am besten wird das Secret einer Ophthalmia neonatorum benutzt — wurde bereits von Jäger gegen Pannus empfohlen und ist in neuerer Zeit in Frankreich und England wieder mehr geübt worden. Natürlich darf man die Methode nicht anwenden, wenn noch ein Auge intact ist, da leicht Uebertragung und Zerstörung der durchsichtigen Hornhaut eintreten könnte. Die veröffentlichten Resultate sind nicht gerade sehr verlockend; in den günstigsten Fällen ist nach vielmonatlicher Behandlung eine Besserung erzielt, die, wie mir scheint, in dieser Zeit auch mit milderen Mitteln zu erreichen wäre. Bei vier- bis sechsmonatlicher Klinikbehandlung habe ich es ebenfalls öfters erreicht, dass Patienten, die Finger in ein paar Meter zählten oder selbst nur noch Handbewegungen erkannten, zu $^1/_3$ bis $^1/_2$ Sehschärfe kamen. Das intensive und tiefliegende Narbengewebe in der Hornhaut lichtet sich aber weder

durch eine künstliche Blennorrhoe noch durch andere Mittel. Der Inoculation blennorrhoischen oder gonorrhoischen Secrets ist das Bepinseln mit Jequirity-Maceration (s. S. 437) jedenfalls vorzuziehen, vorausgesetzt, dass keine Papillarschwellung besteht.

Der Pannus nach chronischer Blennorrhoe pflegt weniger gefährlich zu sein, da das Grundleiden sich meist leichter heben lässt: darauf ist die Therapie zu richten. Gegen phlyktänulären Pannus ist bei nicht zu heftigem Reizzustande (anderesfalls ist erst antiphlogistisch mit mässig kühlen Umschlägen und Atropin vorzugehen) von bester Wirkung die gelbe Quecksilbersalbe, die, wie bei der phlyktänulären Keratitis, täglich einmal eingestrichen und verrieben wird. Das Verreiben (Massage) kann man auch etwas verlängern. —

Bei traumatischem Pannus sind die Ursachen zu heben: so schiefstehende Cilien, die bisweilen wegen ihrer Feinheit und weissen Farbe übersehen werden, mit der Pincette auszuziehen oder durch Lidoperation oder Abtragung zu entfernen. Verkalkte Meibom'sche Drüsen sind zu öffnen und ihres Inhaltes zu entleeren. Distichiasis, En- oder Ectropium sind operativ anzugreifen. — Der regenerative Pannus ist natürlich nicht zu bekämpfen, sondern eventuell durch laue Umschläge zu unterstützen. Er schwindet mit der Heilung der primären Hornhautaffectionen meist auffallend schnell.

Ist die Hornhaut bereits weissnarbig und geschrumpft, so ist eine Aufhellung nicht zu erwarten. In Fällen, wo auch die Conjunctiva geschrumpft ist, sorgt man für Befeuchtung des Auges, indem man öfters laue Milch oder eine dünne Lösung von Natr. carbon. oder Chlornatrium (0·3 ad 50·0) einträufelt.

Keratitis parenchymatosa (interstitialis, profunda, diffusa).

Anfänglich bildet sich im Centrum der Cornea oder auch am Rande eine leichte, sehr durchscheinende grauliche Trübung, die sich allmählich immer mehr ausdehnt und schliesslich die ganze Hornhaut einnimmt, so dass dieselbe, zumal die Oberfläche meist eine zarte Stichelung zeigt, den Anblick von behauchtem Glase bieten kann. In sehr seltenen Fällen sind punktförmige Trübungen von solcher Kleinheit und Durchsichtigkeit vorhanden, dass man sie nur mit der Lupe entdeckt: Reizbarkeit des Auges mit leichter pericornealer Injection, für die sonst keine Erklärung vorliegt, macht oft erst auf das Leiden aufmerksam. Bei entwickelter Krankheit gelingt es nicht mehr, mit dem Augenspiegel die Details des Augenhintergrundes zu erkennen, während man die Iris und Pupille noch durchscheinen sieht. Einzelne Partien der Hornhaut sind etwas intensiver getrübt als andere. Dies tritt besonders im Stadium der Heilung hervor, wo die Trübungen sich an bestimmten

Stellen verdichten, während andere Partien wieder durchsichtig werden. Ein eitriger Zerfall wird nur ganz ausnahmsweise beobachtet. In der Regel klärt sich die Hornhaut ziemlich vollständig, wenngleich kleine sehr durchsichtige Trübungen, die man schliesslich nur noch mit schiefer Beleuchtung erkennt, nicht selten zurückbleiben. Oft ist die Injection der Conj. bulbi dabei sehr gering, ja sie kann ganz fehlen. Bei Reizung des Auges stellt sich aber auch selbst hier eine pericorneale Röthe ein. Eine Gefässentwickelung in der Cornea, wenigstens soweit sie makroskopisch erkennbar, ist zur Resorption der Infiltrate nicht erforderlich.

In anderen Fällen hingegen zeigt sich gleich beim Beginn oder später ausgeprägte conjunctivale und pericorneale Röthe, selbst mit stärkeren Reizerscheinungen. Auch in die tieferen Schichten der Cornea gehen Gefässe, die sich zu Netzen entwickeln können; dieselben schwinden nach der Heilung nur sehr langsam und können gelegentlich (durchaus nicht immer) mit der Lupe noch nach Jahren constatirt werden.

Die subjectiven Störungen sind bisweilen, abgesehen von den Sehstörungen, fast Null, so dass die Patienten selbst längere Zeit eine einseitige ausgeprägte diffuse Keratitis haben können, ehe sie durch das Befallensein des anderen Auges und die nunmehr hervortretende Schwachsichtigkeit zum Arzte geführt werden. Dies kann so stark sein, dass nur noch Bewegungen der Hand in der Nähe erkannt werden. In anderen Fällen hingegen sind Thränen und Lichtscheu und sogar erheblichere Schmerzen vorhanden.

Complicationen zeigen sich in der Hornhaut, in der Iris und Chorioidea. So entstehen in seltenen Fällen in der Hornhaut intensive umschriebene dicke Infiltrate, die schliesslich weisse Flecke und hochgradigere Sehschwäche zurücklassen. Auch die Membrana Descemetii hat bisweilen punktförmige Beschläge, abstammend von einer begleitenden Iritis serosa. Die Pupille ist fast immer eng und reagirt schlecht auf Atropin. Auch kann es zu plastischer Iritis mit hinteren Synechien, selbst kleinen Hypopyen kommen. Gelegentlich sieht man eigenthümliche, stecknadelkopfgrosse, weissliche Exsudationen ganz am Kammerrande vor dem Ligam. pectinatum, die sich zur Membrana Descemetii herüber fortsetzen und kleine Brücken (vordere Synechien) bilden, die sich nach Heilung der Krankheit noch lange erhalten. Ebenso finden sich bisweilen mehr oder weniger intensive Glaskörpertrübungen und disseminirte Chorioiditis. Während hier in der Regel der intraoculare Druck hoch ist, so wird doch ausnahmsweise auch eine primäre oder secundäre Hypotonie beobachtet. In zwei höchst merkwürdigen Fällen, die Klein beschrieb, kam es bei total getrübter Cornea sogar zu

einer vollständigen Phthisis mit Erblindung, indem die vordere Kammer aufgehoben und der Bulbus matsch wurde: dennoch erfolgte später Restitution. —

Es ist die Beschaffenheit der Iris und das Sehvermögen immer genau zu untersuchen: letzteres muss, falls man Complicationen ausschliessen will, den durch die Hornhauttrübung gesetzten optischen Hindernissen entsprechen, darf also beispielsweise in Fällen, wo die Iris noch gut zu erkennen ist, nicht auf quantitative Lichtempfindung herabgesetzt sein. Das Gesichtsfeld ist bei uncomplicirten Fällen natürlich frei.

Der Verlauf der Krankheit ist ein ausserordentlich langwieriger; Monate, selbst Jahre können vergehen. In der Regel wird ein Auge nach dem anderen befallen, meist so, dass das erste noch erkrankt ist, wenn das zweite anfängt, krank zu werden. Ich habe auch gesehen, dass ein Auge über ein Jahr schon gesund war, als das zweite erkrankte. In seltenen Fällen bleibt ein Auge dauernd verschont. Fast alle erkrankten Individuen stehen im Alter von 6 bis 20 Jahren. Auch Recidive werden beobachtet.

Pathologisch-anatomisch wurde eine dichte Zellen-Infiltration besonders der hintersten Hornhautschichten gefunden; auch im Ligam. pectinatum und in der Iris sind zahlreiche, zum Theil zu kleinen Knötchen verdichtete Zellen angehäuft. Daneben neugebildete Gefässe; auf dem Endothel der Membr. Descemetii an umschriebenen Stellen Auflagerungen von Rundzellen.

Die Aetiologie der Affection scheint in einer constitutionellen Anomalie gesucht werden zu müssen. Dafür spricht die Doppelseitigkeit des Auftretens und das Aussehen der Patienten. Meist sind es bleiche, anämische Individuen, oft besteht oder bestand Scrophulose. Auch Tuberculose ist in Erwägung zu ziehen. Menstruationsanomalien sind oft vorhanden. Selten handelt es sich um vollkommen gesunde blühende Personen.

Hutchinson hat als Ursache der Kerat. diffusa hereditäre Lues hingestellt. Wichtig für die Diagnose der letzteren ist ihm besonders das Aussehen der oberen bleibenden Schneidezähne, die an ihrer Schneide anfänglich kleine conische Spitzen zeigen, welche sich allmählich abnutzen, so dass schliesslich die Schneidefläche einen concaven Bogen mit seitwärts hervorragenden Spitzen zeigt. Diese Zahnform ist übrigens von der bei Rhachitis und sonst vorkommenden zu unterscheiden, wo auf der Schneidefläche kleine Zacken, in der Schmelzfläche querlaufende Furchen vorhanden sind. Daneben gelten ihm als Symptome der hereditären Lues eine eigenthümliche Bildung des Gesichtes und Schädels (Oberkiefer und Nasenrücken auffallend flach);

ferner Narben an den Mundwinkeln, in der Mund- und Nasenhöhle als Folge von Ulcerationen, Halslymphdrüsen, Auftreibungen der Tibia und Schwerhörigkeit. Wenngleich in der überwiegenden Zahl der Fälle in der That hereditäre Lues nachweisbar ist, so fehlt sie doch sicher in anderen. Man wird diese letzteren Fälle natürlich am seltensten in unseren Metropolen sehen, wo die Syphilis eine so ausgedehnte Verbreitung gefunden hat. Im Uebrigen können auch die angegebenen Merkmale durchaus nicht ohne Weiteres als beweiskräftig für hereditäre Lues gelten.

Die Prognose ist im Ganzen günstig, da die meisten Fälle heilen und ein gutes Sehvermögen wieder erlangen. Getrübt wird sie durch etwaige Complicationen. Jedoch pflegen selbst nach schweren Complicationen oft im Laufe der Jahre dennoch Heilungen zu Stande zu kommen.

Die örtliche Behandlung übt in der Regel keinen sehr erheblichen Einfluss auf den Ablauf des Processes. Sie wird vorzugsweise darauf gerichtet sein, Complicationen abzuhalten und die vorhandenen zu bekämpfen. Man thut gut, dem Patienten gleich mitzutheilen, dass die Krankheit Monate lang dauern wird, dass, falls erst ein Auge erkrankt ist, auch das zweite wahrscheinlich erkranken werde, dass aber andererseits auch Heilung und Wiedererlangung eines guten Sehvermögens zu erwarten stehen. Vor Allem ist die Constitution zu berücksichtigen. Bei schlechtem Appetit und Anämie würde zuerst die Nahrungszufuhr durch entsprechende, die Verdauung fördernde Mittel zu heben sein; später ist Eisen am Platze. Bei scrophulöser Anlage letzteres als Jodeisen. Auch der lange fortgesetzte Gebrauch von Leberthran empfiehlt sich. Ist Lues vorhanden, so muss Quecksilber oder Jodkali benutzt werden. Bei Kindern wende ich meist die Schmiercur an (Ug. ciner 1,0—2,0) bei älteren Individuen subcutane Sublimat-Injectionen. Gegen die Reizbarkeit der Iris ist Atropin oder Scopolamin einzuträufeln. Zur Beschleunigung des Krankheitsverlaufs hat man warme Umschläge empfohlen, ohne dass davon jedoch viel Nutzen zu sehen ist. Besonders bei complicirender Iritis ist ein Versuch mit subconjunctivalen Kochsalz-Injectionen (eine halbe Spritze voll täglich oder Tag um Tag) zu empfehlen. Hier, sowie bei Chorioiditis ist die Mercurialisation, wenn der Körperzustand es einigermaassen erlaubt, vorzugsweise angezeigt. Ist starke Descemetitis vorhanden, so kann man bei normalem oder erhöhtem intraocularen Druck wiederholt Punctionen machen; bisweilen ist hier die Iridectomie indicirt. In einzelnen Fällen, wo jede Injection fehlt, scheint das Bestreichen der Uebergangsfalte des unteren Lides mit mitigirtem Lapis, alle 2 bis 4 Tage wiederholt, die Klärung zu beschleunigen. Beginnt dieselbe, so kann man in

vorsichtiger Weise und die Irritation beachtend, auch Calomel oder gelbe Präcipitatsalbe und Massage versuchen. Ist der Reizzustand der Augen nicht erheblich, so lasse man die Kranken mit einer Schutzbrille an die Luft gehen. Bei starker Gefässinjection, die lange unverändert bleibt, hat man mit Erfolg die Peritomie angewandt.

Sclerosirendes Hornhautinfiltrat.

An einer Stelle, die der Hornhaut benachbart ist, findet sich zuerst eine scleritische oder episkleritische Infiltration. Von dieser aus gehen Gefässe zur Hornhaut; am Rande derselben bildet sich alsdann eine grauweissliche fleckenförmige Verfärbung, die sich nicht scharf von der Umgebung abgrenzt und allmählich mehr nach dem Centrum der Cornea zuschiebt, wo sich umschriebene, fast wie Leukome aussehende weisse Infiltrate bilden können. Oefters kommen von mehreren Seiten solche Schübe, bisweilen ist die ganze Peripherie grau getrübt. Anatomisch hat E. Berlin in einem Falle eine Einwanderung adenoiden Gewebes mit einkernigen Rundzellen und massenhafter Bildung hyaliner Substanz gefunden. Meist klären sich die Trübungen wieder, aber nur sehr langsam im Verlaufe von Monaten. Auch centrale, graue, mit intensiv weissen, kalkartigen Stellen durchsetzte Infiltrate, Iritis, Descemetitis und Glaskörpertrübungen compliciren verhältnissmässig häufig diese Affection. Im Uebrigen entspricht der Verlauf sehr dem der Kerat. parenchymatosa diffusa, nur dass die Trübungen nicht so diffus sind und schliesslich am Rande der Cornea bläulich-weisse Verfärbungen, ähnlich dem Scleragewebe, zurückbleiben: die Sclera greift scheinbar in das Gebiet der Corneaperipherie hinein. Auf der Lederhaut selbst bilden sich an der Stelle der früheren Scleritis dunklere violette Flecke. Wie bei der einfachen diffusen Keratitis werden meist beide Augen hinter einander befallen. Die Therapie hat sich besonders gegen die scleritischen Processe und gegen etwaige Complicationen zu wenden. Für die Hornhaut selbst genügt in der Regel neben Atropinisirung ein abwartendes Verfahren. In widerspenstigen Fällen, bei ausgebreiteten Trübungen mit starker Sehschärfenabnahme, empfiehlt sich die Peridectomie, von der ich vortreffliche Wirkungen gesehen habe. Auch werden etwaige Säfteanomalien zu heben sein; so hat man bei Gicht von Lithium salicylic. Nutzen gesehen (Dufour). Ferner sind Pilocarpin-Einspritzungen gelegentlich von Vortheil gewesen.

V. Hornhautgeschwüre.

Die Geschwüre der Hornhaut entstehen von der Oberfläche her, indem das Epithel verloren geht und die Zerstörung in die Tiefe fortschreitet, oder von innen her, indem zuerst eine Infiltration sich bildet,

die dann exulcerirt. Im Ganzen pflegt bei letzterer Entstehungsweise der Grund der Geschwüre trüber und undurchsichtiger zu sein als bei ersterer. Sie compliciren sich bisweilen mit Hypopyon und Iritis. Kommt es bei nicht zu tief gehenden Geschwüren zur Heilung, so stellt sich, nachdem sich der trübe Grund gereinigt hat, zuerst das Epithel wieder her und dann erst allmählich das verloren gegangene Hornhautgewebe, so dass noch längere Zeit Vertiefungen mit glänzender Oberfläche nachweisbar sind (Reparationsgeschwüre). Um zu erkennen, ob das Epithel noch fehlt, hat Straub das Betupfen mit einer Fluoresceinlösung (nach Thomalla am besten 2proc. Lösung von Grübler's Fluorescein in 3·5proc. Natr. carbonic.-Lösung) empfohlen: der Defect färbt sich dann intensiv grün; nach einer Stunde ist die Färbung wieder verschwunden. — Bei grösserem Substanzverlust ist das neugebildete Gewebe nicht durchsichtig, sondern bildet eine mehr oder weniger trübe Narbe, die entweder im Niveau der übrigen Hornhaut liegt oder hervortritt (ektatische Hornhautnarbe, bei grösserer Ausdehnung Staphyloma corneae), oder auch sich abflachend zu einer Verkleinerung der Cornealfläche führen kann, die bei stärkster Entwicklung als Phthisis corneae bezeichnet wird.

Der Beginn der Heilungsperiode der meisten tieferen Geschwüre kennzeichnet sich dadurch, dass Gefässe in der Cornea entstehen, die vom Limbus her zu dem Geschwüre laufen, dessen Grund gleichzeitig seine schmutzige oder intensiv gelbliche Färbung verliert.

Gehen die Geschwüre immer mehr in die Tiefe und zerstören sie die Hornhaut bis auf ihre hintersten Schichten, so widerstehen letztere, sobald der Substanzverlust auch in der Fläche eine gewisse Ausdehnung erreicht hat, nicht mehr dem Drucke des Kammerwassers und werden etwas nach vorn gebuchtet (Hernia corneae oder Keratocele); es bildet sich eine Art durchsichtigen Bläschens. Wird nun die Niveaudifferenz mit der gesunden Hornhaut ausgeglichen, so kann beim oberflächlichen Anblick der Zustand übersehen werden. Bei manchen Geschwüren, die bei acuter Blennorrhoe oder Diphtheritis auftreten, ist dies besonders häufig. Die focale Beleuchtung wird hier Auskunft geben.

Kommt es zur Perforation, so fliesst das Kammerwasser ab, und Iris und Linse legen sich der Hornhaut an unter gleichzeitiger Verengerung der Pupille. Die Abnahme des Augeninhalts bedingt eine starke Herabsetzung des intraocularen Druckes. Meist tritt im Moment plötzlichen Kammerwasserabflusses eine sehr heftige, aber bald vorübergehende Ciliarneuralgie auf. Ist die Oeffnung sehr klein, so fliesst der Humor aqueus nur langsam ab; es kann auch zum Verschluss kommen, ehe er ganz ausgelaufen ist. Steigt der intraoculare Druck, so entleert sich von Neuem die Flüssigkeit; gelegentlich sickert sie Tage lang be-

ständig ab, ohne dass die vordere Kammer sich herstellt (Fistula corneae). Je kleiner die Durchbruchstelle ist, um so geringer die Gefahr für das Auge. Bei sehr ausgedehnten Perforationsöffnungen können sich Linse und Glaskörpertheile entleeren, selbst stärkere intraoculare Blutungen eintreten. Gewöhnlich bildet sich, falls eine grössere Hornhautöffnung der Iris gegenüber liegt, ein Vorfall derselben (Irisprolaps), der selbst, wenn er sich zurückbildet, doch eine Anheftung der Iris an die Cornea (vordere Synechie) zurücklässt. Bei kleinerer Perforation legt sich die Iris nur an; aber auch hierdurch kann eine bleibende vordere Synechie zu Stande kommen. Diese ist am ehesten zu befürchten, wenn der Pupillarrand in die Cornealöffnung fällt; liegt die Iris mit ihrer Fläche an, so wird sie durch das Wiederansammeln des Humor aqueus leichter von der Wunde abgedrängt. Der Irisprolaps zeigt sich im Beginn als ein schwarzer Fleck oder als schwarze Hervorragung; später nimmt er eine mehr schiefergraue Färbung an. Sammelt sich das Kammerwasser dahinter an, so bildet er eine gespannte Blase. Bei einigem Bestehen pflegt eine Wucherung der vorgefallenen Iris einzutreten, bei der sich ein bräunlich-rothes Granulationsgewebe bildet. Kleinere Irisprolapse werden in der Heilungsperiode durch die weissliche Narbenbildung, die vom Rande des Hornhautgeschwüres beginnt, wieder zurückgepresst, so dass schliesslich ein weisser Fleck, an den die Iris geheftet ist (Leucoma adhaerens), übrig bleibt. In anderen Fällen behält aber die Partie, vorzugsweise in ihrem centralen Theile, auch nach der Heilung ihre schwärzliche Färbung. —

Ist der Vorfall sehr gross, so giebt es in der Regel ein Staphylom; aber man kann bisweilen Vorfälle von 3 bis 4 mm im Durchmesser vollkommen zurückgehen und im Niveau verheilen sehen.

Alle vorderen Synechien schliessen für die Zukunft eine gewisse Gefahr in sich, indem es zu frischen Erweichungen oder auch ohne diese zu Drucksteigerungen mit Secundärglaukom kommen kann. Selbst deletäre Entzündungen, wie schleichende oder acute eitrige Irido-Cyklitis, können noch nach Jahren von ihnen ihren Ursprung nehmen, besonders wenn umschriebene Iris-Staphylome, die ihre dunkle Färbung und Dünnheit behalten haben, in der Nähe der Hornhautperipherie zurückgeblieben sind. Dieselben scheinen einer bacteriellen Infection besonders zugänglich zu sein (Wagenmann).

Nach der Perforation der Geschwüre oder auch noch während ihres Fortschreitens setzt sich bei den schwereren Formen und in selteneren Fällen die Entzündung auch auf Chorioidea und Glaskörper fort, so dass das Auge vereitern kann.

Aetiologie. 1) Aeussere Verletzungen, die zu einem Verlust der

Epithelschicht führen, heilen für gewöhnlich leicht. Nur bei Infection der Wunde, etwa durch das Secret einer Thränensackblennorrhoe, kommt es zu schweren Erkrankungen, wie sie z. B. das Ulcus serpens (vgl. Hypopyon-Keratitis) darbietet. 2) Conjunctivalaffectionen. Bei phlyktänulärer Conjunctivitis finden sich öfters randständige kleinere Geschwüre, ferner bei Conjunctivitis alter Leute, bei chronischen Conjunctivitiden, bei Trachom; besonders tiefe Ulcerationen treten bei Blennorrhoe und Diphtheritis auf. 3) Lidaffectionen. Trichiasis, En- und Ectropium. 4) Voraufgegangene Hornhautinfiltrate oder Abscesse. 5) Allgemeine constitutionelle Erkrankungen, besonders Scrophulose.

Die Prognose richtet sich nach der Tiefe und Ausdehnung des Geschwürs. Ist Perforation eingetreten, so pflegt die an der betreffenden Stelle entstehende Narbe nicht zu verschwinden. Hingegen lichten sich bei mehr oberflächlichem Substanzverlust die zuerst weisslichen Narben im Laufe der Jahre immer mehr; die im Kindesalter entstandenen können später fast ganz durchsichtig werden. Einzelne, unten noch zu erwähnende Geschwürsformen zeigen erfahrungsgemäss einen ganz typischen Verlauf. —

Bezüglich der Therapie ist als Hauptgesetz festzuhalten, dass ein anregendes, die Blutgefässentwicklung in der Cornea beförderndes Verfahren angezeigt ist. Nur in den Fällen, wo die Geschwürsbildung in directer Abhängigkeit von Conjunctivalerkrankungen (wie z. B. bei Blennorrhoe) steht, sind diese vor Allem zu bekämpfen und hier ist die Anwendung der Kälte indicirt. Sonst ist im Gegentheil feuchte Wärme, sei es durch Umschläge mit Kamillenthee, antiseptischen Lösungen oder auch in Gestalt des antiseptischen feuchtwarmen Verbandes, in Anwendung zu ziehen. Allerdings ist immer zu beachten, dass durch die feuchte Wärme keine erheblichere Conjunctivitis hervorgerufen werde. Nöthigenfalls hält man letztere durch directes Bepinseln der Conjunctiva palpebralis mit Tanninlösungen im Zaum. Auch muss man bei den Umschlägen sich hüten, dass nicht Niederschläge in das Geschwür kommen, so etwa ausgeschiedene Salicylsäure; ebenso sind Bleilösungen als Umschläge aus diesem Grunde zu meiden. Einpudern von Jodoform oder die Anwendung von Aqua chlor. können gelegentlich Besserung bringen. — Um das Auge durch Aufhebung der Accommodation in Ruhe zu setzen und gleichzeitig eine Hyperämie der Iris zu hindern, wird mehrere Mal täglich Atropin eingeträufelt. Bei heftigeren Schmerzen sind Blutegel öfters von Nutzen. Ebenso empfiehlt sich zur Ableitung die Arlt'sche Stirnsalbe. Aehnlich wirken Einpinselungen von Jodtinctur auf die Stirn- und Schläfenhaut oder auch bei stärkerer Schwellung der Lidhaut das Bestreichen derselben mit Bleiessig oder ein quer herüber geführter Strich mit dem feuchten

Lapisstift unter nachfolgender Neutralisation. Bei sehr tiefgehenden und sonstiger Behandlung widerstehenden Geschwüren hat man auch durch Bedecken mit einem abgelösten oder gestielten Conjunctivallappen günstigere Heilungsbedingungen zu setzen gesucht (Schöler, Kuhnt).

Die erwähnten Mittel finden vorzugsweise ihre Verwendung, solange der Geschwürsgrund oder Rand grau-gelblich und käsig infiltrirt ist und ein reparativer Gefässpannus sich noch nicht entwickelt hat. Ist letzteres der Fall und fängt die Oberfläche des Geschwürs nach Reinigung desselben an zu spiegeln, so kann unter einfachen Atropineinträufelungen und Augenklappe ein mehr abwartendes Verfahren eingeschlagen werden. Direct reizende Einträufelungen wie mit verdünnter Tinct. Opii (1:5), oder Einpudern von Calomel, Einstreichen gelber Präcipitatsalbe haben allenfalls bei ganz reizlosen und im Reparationsstadium stationär bleibenden Geschwüren Nutzen; in der Regel sind sie zu unterlassen. Ist hingegen das Geschwür geheilt, so ist, wenn phlyktänuläre Processe mit im Spiele waren, zur Vermeidung von Recidiven noch längere Zeit Calomel einzustreuen.

Neben dieser örtlichen Therapie muss bei vorliegender Indication eine allgemeine nebenher laufen. So hat besonders die Bekämpfung der etwa vorhandenen Scrophulose mit Leberthran, Jodeisen, Bädern in Kreuznacher Mutterlauge u. s. w. grosse Bedeutung. Etwaige Hautausschläge sind möglichst zur Heilung zu bringen, besonders falls sie ihren Sitz an den Lidern haben. Einmal vertragen sie meist die zur Behandlung des Hornhaut-Ulcus erforderliche feuchte Wärme schlecht, andererseits können sie durch Uebergreifen auf den Lidrand zu croupösen Belägen hier und an der Conj. tarsalis Anlass geben. Will man beim Bestehen der Lidausschläge Umschläge machen, so muss man die Haut durch ein Oelläppchen schützen. — Schwächlichen und schlecht genährten Individuen giebt man neben roborirender Nahrung Chinin und Wein, anämisches Eisen. —

Nähert sich ein Geschwür der Perforation, so ist zu überlegen, ob dieselbe künstlich zu bewirken oder der Natur zu überlassen sei. Bei kleinen und trichterförmig in die Tiefe gehenden Geschwüren kann letzteres geschehen. Haben aber die Geschwüre eine breitere Fläche mit mehr gleichmässiger Verdünnung, so ist die Punction vorzuziehen, weil hierdurch nur eine umschriebene Oeffnung gemacht wird, während bei späterer spontaner Perforation ein erheblich weiteres Einreissen des Geschwürsgrundes erfolgt; bei Keratocele sollte immer punctirt werden. Es kommt noch hinzu, dass die frühzeitige Punction in der Regel auch den Heilungsprocess anregt, indem nach der Kammerentleerung der Druck gegen die verdünnte Hornhaut verringert wird. Die Punc-

tion wird im Geschwürsgrunde gemacht, nicht in der gesunden Hornhaut, indem leicht bei letzterem Vorgehen der auf die Cornea mit dem Messer geübte Druck gleichzeitig den dünnen Geschwürsgrund zum Platzen bringt, andererseits auch allein durch die Punction im Geschwüre Aussicht auf ein nicht so schnelles Wiederverschliessen der Wunde und längeres Fisteln gegeben wird. Zeigt sich nach Wiederherstellung der vorderen Kammer in den nächsten Tagen der Geschwürsgrund hervorgebuchtet, so muss man mit dem Spatel von Neuem die frühere Wunde öffnen.

Ist Hypopyon vorhanden, so wird es bei der Punction entleert; bei sehr faserstoffreicher Beschaffenheit desselben, welche ein Hinausschlüpfen hindert, kann man den in der Wunde liegenden Theil mit einer Irispincette fassen und so das Gerinnsel herausziehen. Im Uebrigen braucht man sich nicht darauf zu versetzen, allen Eiter zu entleeren. Die Resorption geringer Massen erfolgt von selbst. Das Hypopyon an sich bietet nur, wenn es etwa mehr als ein Drittel der vorderen Kammer einnimmt und stationär bleibt, eine Indication zur Paracentese. —

Droht eine Perforation oder will man sie künstlich herbeiführen, so muss man suchen, den Pupillarrand aus dem Bereiche der Oeffnung zu bringen. Je nach der peripheren oder centralen Lage des Geschwürs träufelt man Eserin (bezw. Pilocarpin) oder Atropin (bezw. Scopolamin) vorher ein, indem man gleichzeitig in Rechnung zieht, dass nach der Kammerentleerung an und für sich eine Verengerung der Pupille einzutreten pflegt.

Gleich nach der Punction legt man zur Bekämpfung des momentan entstehenden heftigen Schmerzes einen Druckverband an oder lässt kurze Zeit kalte Umschläge machen. Hat sich ein Irisvorfall gebildet, so ist nur bei starken Schmerzen und bläschenförmigem Vortreiben eine Punction desselben nöthig. In der Regel zieht sich der Vorfall bei der Narbenbildung wieder in das Niveau zurück. Bei längerem Bestehen kann man gelegentlich die Vernarbung durch leichtes Betupfen mit dem Höllensteinstift befördern. Hierdurch, durch Eserin beziehentlich Atropin und Tragen eines Druckverbandes wird man das Abschneiden des Vorfalls, das gelegentlich zu gefährlichen Entzündungen Anlass geben kann, in der Regel vermeiden. Es bedarf aber der Geduld und langer fortgesetzter Schonung. Nur ausnahmsweise und bei grösseren Vorfällen, wenn sie trotz längerer Behandlung nicht zurückgehen, halte ich das Abtragen für angezeigt; man bildet hierbei mit einem Graefe'schen Starmesser einen unteren Lappen, fasst diesen nun mit der Pincette und durchschneidet mit der Scheere die obere Peripherie des Vorfalls. So wird die Zerrung vermieden, welche ein

einfacher Scheerenschlag verursachen würde. Gewöhnlich sieht man einige Tage nach dem Abtragen wieder eine Zunahme des Prolapses eintreten, die sich aber später zurückbildet. Das von Gama Pinto vorgeschlagene Verfahren, nach Abtragen des Vorfalls ein Bindehautläppchen auf den Defect zu drücken und anheilen zu lassen, kann grössere bläschenförmige Flecke zur Folge haben. Sollte später durch die vordere Synechie Drucksteigerung entstehen, so iridectomirt man neben ihr; auch kann man versuchen, unter Anwendung des schmalen Messers oder einer Wecker'schen Scheere die Iris von der Cornea zu trennen (Schuleck).

Die Kranken bleiben mit einer Klappe oder einem Verbande vor dem Auge im mässig verdunkelten Zimmer; bei schwereren Formen ist es oft günstig, sie einige Tage im Bett zu halten. Ausgehen ins Freie ist nur bei langwierigen und wenig entzündlichen Processen zu gestatten. —

Unter den sehr verschiedenartig gestalteten und verlaufenden Hornhautgeschwüren seien einige charakteristische Formen hervorgehoben. Die wichtigste, das Ulcus serpens, ist in dem Kapitel Hypopyon-Keratitis bereits besprochen.

Resorptionsgeschwüre und Reparationsgeschwüre.

Es sind dies kleine, etwa stecknadelkopfgrosse Geschwüre, die einen sehr durchsichtigen Grund und in der Umgebung keine erheblichere Infiltration zeigen. Die pericorneale Injection ist fast gleich Null, ebenso sind die subjectiven Beschwerden sehr gering. Auch verheilende Hornhautgeschwüre haben bisweilen, wenn ihr Grund gereinigt und das Epithel wieder hergestellt ist, dieses spiegelnde facettenähnliche Aussehen (Reparationsgeschwür). In anderen Fällen aber tritt dieselbe Geschwürsform primär und progressiv auf; in selteneren Ausnahmen gehen sie selbst kraterförmig in die Tiefe und perforiren. Da sie, wie erwähnt, meist wenig Beschwerden machen, kommt es vor, dass der Patient erst von seinem Augenleiden belästigt wird, wenn plötzlich das Kammerwasser ausfliesst.

Der Verlauf ist in der Regel recht langwierig; auch die Reparationsgeschwüre bleiben lange Zeit stationär. Neben Schutz des Auges und Atropinisiren empfehlen sich lauwarme Umschläge, ebenso kann man in ganz reizlosen Fällen versuchen, durch Einträufeln verdünnter Opiumtinctur (1:5) oder schlimmsten Falls durch leichtes Betupfen mit dem Höllensteinstift oder dem Galvanocauter den Verlauf zu beschleunigen.

Ulcus rodens.

Ein halbmondförmiges Geschwür beginnt an der Peripherie der Cornea und schreitet centripetal über die ganze Hornhautfläche hin, indem das dem centralen Geschwürsrande nächstliegende Gewebe besonders inficirt ist, öfters auch einzelne graue Infiltrationspunkte zeigt. Letztere fliessen dann zu einer Begrenzungslinie zusammen, welche später zerfällt und einen unterminirten Rand hat (Mooren, Saemisch). Sehr frühzeitig ziehen vom Hornhautrande her zu dem Geschwüre parallel laufende Gefässe. Oft geht der Process schubweise vor und wandert allmählich über die ganze Hornhaut, eine weisse Narbe zurücklassend. Gelegentlich sind aber noch Klärungen derselben beobachtet worden, die einiges Sehen gestatteten. Perforation und Hypopyon sind selten. Bisweilen besteht starke Schmerzhaftigkeit.

Ein von mir mikroskopisch untersuchtes Auge zeigte am centralen Geschwürsrande eine ausgedehntere Epithelabhebung, unter der das Gewebe besonders infiltrirt war, während an der peripheren Begrenzung unter starker Gefässentwickelung eine bindegewebige Vernarbung bereits eingeleitet war. Unter dem abgelösten Epithel fanden sich Mikrokokken; jedoch kann in ihnen nicht der Grund des Leidens liegen, da sich in der Cultur Staphylococcus pyogenes entwickelte, der bei Impfung in die Kaninchenhornhaut nur ein Infiltrat, kein Ulc. rodens hervorbrachte und auch sonst bei Affectionen der Conjunctiva und Cornea oft vorkommt.

Die Therapie pflegt meist machtlos zu sein, doch sind einige Fälle zur Heilung gekommen. Am meisten empfiehlt sich die Anwendung des Galvanocauters; daneben laue Umschläge und Atropin. Bei unaufhörlichem Fortschreiten kann man einen Versuch mit Transplantation von Conjunctiva machen. Einmal sah ich nach etwa einem Jahre ein Recidiv auftreten, das ebenfalls heilte.

Ringförmige Hornhautgeschwüre.

Am Hornhautrande bildet sich ein meist langgestrecktes, schmales und wenig infiltrirtes Geschwür, welches an der Peripherie weiter schreitet und so schliesslich die ganze Hornhaut ringförmig umgeben kann. Die centralen Partien bleiben dabei ziemlich durchscheinend, auch zeigt das Geschwür selbst keine erheblichere Trübung. Die Injection der Conjunctiva bulbi ist in der Regel sehr beträchtlich. Bei der Tendenz zur Ausbreitung des Geschwürs ist die Prognose dubiös. Neben antiseptischen lauen Verbänden, Bepinselungen mit Aqua chlorata haben mir frühzeitige und wiederholte Paracentesen am meisten geleistet.

Keratitis dendritica (Furchen-Keratitis).

Von einem seichten Hornhautgeschwür gehen strichfömige, sich später wieder verästelnde Fortsätze aus, die unter Abstossung der Oberfläche zu schmalen, aber tiefen Rinnen mit grauen Rändern werden. Dabei besteht oft Lichtscheu und starker Thränenfluss. Der Process dauert unter beständiger Neubildung solcher Sprossen mehrere Wochen und lässt eine Zeit lang charakteristische Trübungen zurück (Emmert, Hansen Grut). Im Beginn scheint das Abspritzen der Herde mit Sublimatlösung und die Anwendung des Eserin von Nutzen.

Chronische periphere Furchen-Keratitis.

Gelegentlich beobachtet man eine andere Form von rinnenförmigen Geschwüren besonders am oberen Hornhautrande, die ich als chronische periphere Furchen-Keratitis bezeichnen möchte. Ein grösserer oder kleinerer Theil der Hornhautperipherie ist etwa in 1 mm Breite leicht grau getrübt (ähnlich etwa wie beim Gerontoxon); die Trübung ist centralwärts begrenzt durch eine tiefgehende durchsichtige Furche. Sparsame Gefässe gehen in die Randtrübung und hier und da auch durch das furchenförmige Geschwür; Reizerscheinungen und Schmerzen fehlen in der Regel, doch kommen auch Fälle mit periodisch auftretenden Entzündungen vor. Ein centripetales Fortschreiten wie bei Ulc. rodens wird nicht beobachtet. Der Zustand kann in dieser Form Jahre lang unverändert bleiben. Ich habe an einem solchen Auge mit Erfolg die Kataraktextraction gemacht; ein Jahr später bestand noch die Furche und Randtrübung.

Gitterförmige Keratitis.

Ohne erhebliche Entzündungserscheinungen entwickelt sich eine ziemlich gleichmässige Trübung der oberen Hornhautschichten, welche sich unter der Lupe als aus einzelnen Linien zusammengesetztes Gitterwerk zerlegen lässt. Die Randzone bleibt frei. Das Sehvermögen wird meist schwer geschädigt (Haab). Nach Dimmer sind die Linien wahrscheinlich Folge von Faltungen und Runzelungen der Bowman'schen Membran mit anschliessenden Trübungen.

2. Hornhauttrübungen.

Die meisten Hornhauttrübungen oder Hornhautflecke sind Folgen einer vorangegangenen Entzündung, indem die Restitution eines vollkommen durchsichtigen Gewebes ausgeblieben ist. Auch bei manchen angeborenen Hornhauttrübungen, die sich später meist auffallend lichten, kann man an ähnliche Vorgänge denken. Ferner führen Verbrennungen, Anätzen mit Kalk (hier unter Bildung eines Kalk-Albuminats) u. s. w. bisweilen direct eine Zerstörung des Hornhautgewebes herbei. An Stelle des durchsichtigen Hornhautgewebes ist ein narbiges Bindegewebe getreten. Dasselbe, aus den fixen Hornhautzellen der Nachbarschaft hervorgegangen, zeigt eine unregelmässige Faserung, in welcher sich keine sternförmigen Hornhautkörperchen finden. Die Bowman'sche Mem-

bran fehlt, das Epithel hat nicht die normale Anordnung und regelmässige Dicke. Gelbe Flecke in alten Hornhauttrübungen sind durch amyloide oder colloide Kugeln und Schollen bedingt (Saemisch, Beselin, Vossius). In weisslichen, wie Bleiniederschläge aussehenden kleinen Flecken, sind fettig degenerirte Zellen beobachtet worden (Kamocki).

Die Trübung* zeigt sich als intensiv weisser Fleck (Leucoma) oder mehr durchscheinend, leicht grau (Macula) oder ganz durchsichtig (Nubecula). Bisweilen gehen noch Gefässe zu ihr hin (vascularisirter Hornhautfleck); letztere Trübung kann jedoch nicht als vollkommen abgeschlossen betrachtet werden.

Die Krümmung der mit Trübungen behafteten Hornhäute ist in der Regel mehr oder weniger unregelmässig; man sieht dies deutlich mit dem Keratoskop. Der unregelmässige Astigmatismus bewirkt in Verbindung mit dem Lichtabschluss und vor Allem der diffusen Lichtzerstreuung, welche der Fleck macht, die Sehstörungen. Dieselben treten am meisten hervor, wenn die Trübung vor der Pupille sitzt. Ist die ganze Pupille durch ein grosses centrales Leukom gedeckt, so ist die Sehschärfe ähnlich herabgesetzt, wie die eines Starkranken.

Kleinere Flecke im Pupillargebiet werden für das Sehen weniger Bedeutung haben, und zwar sind hier die intensiv weissen Flecke weniger störend als ebenso grosse graulich durchscheinende, da die ersteren wohl mehr Licht abhalten, aber die Entwerfung eines scharfen Bildes auf der Netzhaut kaum hindern, während die letzteren durch ihre lichtzerstreuende Wirkung das Netzhautbild verschwommen machen. Oft sind die mit Hornhautflecken behafteten Augen myopisch. Die Patienten geben dann nicht selten an, dass ihre Augen erst nach der Hornhauterkrankung kurzsichtig geworden seien.

Donders hebt zwar hervor, dass Patienten mit Hornhautflecken öfters nur scheinbar kurzsichtig seien, indem sie eine Zunahme ihrer Sehschärfe unter Concavgläsern nur in der Weise erlangen, dass durch die Accommodation, mit der sie die Gläser neutralisiren, ihre Pupille sich verenge und somit ein Theil der durch die Hornhauttrübung unregelmässig gebrochenen Strahlen ausgeschlossen werde. Die überwiegende Zahl der in Betracht kommenden Personen ist aber reell kurzsichtig, und es giebt uns die Thatsache, dass die Betreffenden wegen ihrer Sehschärfenverringerung bei der Arbeit in der Nähe die Gegenstände stärker an das Auge herannehmen müssen, genügende Erklärung für das Zustandekommen dieser Refractionsanomalie. —

* Deutsche Heerordnung. 2. Geringe körperliche Fehler. Anlage 1 i: seitliche Hornhautflecke, wenn sie das Sehvermögen nicht beeinträchtigen. — Vgl. S. 69.

Auch kann bisweilen monoculares Doppeltsehen durch Trübungen der Hornhaut veranlasst sein.

Weiter bleibt oft eine Neigung zu neuen Erweichungen der Trübungen und zu Ulcerationen. Aus der Anamnese und dem Vorhandensein einzelner unveränderter Reste der alten Trübung kann man meist die Diagnose stellen, dass es sich um einen „frisch erweichten Hornhautfleck" und nicht um ein neu gebildetes Infiltrat oder Ulcus handelt. Die alten Flecke haben den Infiltraten gegenüber in der Regel eine schärfere Abgrenzung und eine mehr glatte Oberfläche. Auch fehlt ihnen der gelbliche Ton, den die Infiltrate häufig zeigen. Ferner wird die Injections- und Reizlosigkeit des Auges in Betracht kommen.

Im Uebrigen ist die Diagnose der Trübungen bei intensiven Veränderungen der Durchsichtigkeit leicht und vom blossen Auge aus zu stellen, bei sehr geringen aber oft recht schwierig. Hier bedarf es einer geschickten Benutzung der focalen Beleuchtung, bei der man den Lichtfocus bald auf, bald neben, bald hinter die verdächtige Stelle fallen lässt, und selbst der Lupenvergrösserung, um zu einem bestimmten Urtheil zu kommen, das positiv wird, wenn in einer grösseren verdächtigen Stelle mit Sicherheit eine, wenn auch kleine, umschriebene Partie als getrübt erkennbar ist. Einen ganz leichten grauen Reflex zeigen auch die normalen Hornhautpartien bei schiefer Beleuchtung. Weiter kann man das durchfallende Licht des Augenspiegels — im aufrechten Bilde — benutzen. Bei intensiven Trübungen findet sich ein mehr oder weniger dunkler, grauer Fleck auf dem Roth des leuchtenden Augenhintergrundes. Für sehr durchscheinende Trübungen ist die Untersuchung mit dem Augenspiegel — man hat besonders den Planspiegel empfohlen — weniger zuverlässig, als die geschickt angewandte focale Beleuchtung. Sind die Trübungen in grösserer Ausdehnung vorhanden, so tritt bei der Augenspiegeluntersuchung im umgekehrten Bilde ein eigenthümliches Verziehen und Flimmern der Papilla optica ein, wenn man das Convexglas etwas seitlich bewegt, als Ausdruck des unregelmässigen Astigmatismus. Die Diagnose gerade der geringen und durchsichtigen Hornhauttrübungen hat grosse Bedeutung; manche scheinbare Amblyopie lässt sich auf Hornhauttrübungen zurückführen. Besonders in militärärztlichen Verhältnissen oder bei Patienten, bei denen ein zu entschädigender Unfall in Frage kommt, wo man bei einer Amblyopie ohne objectiven Befund leicht geneigt ist, an Simulation zu denken, — ist der sichere Ausschluss derartiger optischer Hindernisse von Wichtigkeit.

Die medicamentöse Therapie gegen abgelaufene Hornhautprocesse hat meist wenig Einfluss. Im Laufe der Jahre verringern sich die Trübungen spontan; besonders ist dies zu erwarten, wenn Individuen

im jugendlichen Lebensalter davon befallen sind. War jedoch eine Perforation der Hornhaut vorangegangen und hat sich an der Stelle eine durchgehende weisse Narbe gebildet, so bleibt in der Regel ein Fleck. Man hüte sich, wenn man sich zur Klärung reizender Mittel bedienen will, vor zu früher Anwendung derselben. Viel wichtiger ist es, die Affection durch Schonung der Augen und längeren Gebrauch von Atropin möglichst zur vollkommenen Heilung zu bringen. Alsdann wird das nächstliegende sein, neue Entzündungen zu vermeiden; es werden besonders etwa bestehende Conjunctivalerkrankungen oder die Neigung zu Phlyktänenbildung oder auch chronische Thränensackentzündungen Angriffspunkte bieten. Erst später kommt die etwaige Behandlung der Flecke in Betracht. Hier hat man Einträufeln von Oel, verdünnter Tinct. Opii, das Zerstäuben warmer Wasserdämpfe, Einpudern von Calomel, gelbe Präcipitatsalbe, subconjunctivale Injection von Kochsalzlösung (Rothmund), Jodkalilösung oder -salbe (1·0 Jodkali, 0·5 Natr. bicarb. ad Adip. suill. 15·0), Massage, die Anwendung des constanten Stromes und Elektrolyse (Adler) empfohlen. Letztere wird bei leichteren Trübungen — nicht eigentlichen Leukomen — so angewandt, dass man den knopfförmigen Zinkpol einer Batterie von etwa vier Elementen direct auf die trübe Stelle setzt, während der Kupferpol dicht daneben steht und nun 10 bis 20 Secunden darauf hin- und herreibt; nach einigen Wochen wird nöthigenfalls die Anwendung wiederholt. Ich habe öfters Besserung der Sehschärfe danach beobachtet. Auch das Dionin, das, stecknadelkopfgross in den Bindehautsack gebracht, ein mit Schmerzhaftigkeit verknüpftes Oedem der Conjunctiva hervorruft, hat mir bei Anwendung in grösseren Zwischenräumen in letzter Zeit gelegentlich Nutzen gebracht. — Bei all den erwähnten Mitteln ist darauf zu achten, dass nicht etwa durch zu starke Reizung eine frische Erweichung und Eiterinfiltration des Fleckes eintrete.

Handelt es sich um Fremdkörper in den Flecken, etwa Bleieinlagerungen oder Kalkincrustationen, so suche man sie mit der Starnadel zu entfernen.

Falls die Pupille so von einem Hornhautfleck gedeckt ist, dass bei gewöhnlicher Weite kein Licht mehr in sie fällt, kann man durch eine Iridectomie den Lichtstrahlen seitlichen Zugang schaffen. Diese optischen Pupillen legt man besonders gern nach innen an, weil hier die äussersten Randstrahlen durch die Nase abgehalten werden; Colobome nach oben oder unten würden leicht durch die Lider zu sehr gedeckt. Auch macht man die Pupillen schmal und nicht zu weit nach der Peripherie hingehend. In einzelnen Fällen ist — falls die Linse fehlt — die Iridotomie wegen Enge und geringer Periphericität der entstehenden Oeffnung vorzuziehen. Wird die Pupille nicht ganz vom

Hornhautfleck gedeckt, so dass noch daneben Licht einfallen kann, so ist zu erwägen, ob eine mehr peripher gelegene Oeffnung, wie die Iridectomie sie bewirkt, wirklich eine Besserung des Sehvermögens schaffen wird; zuweilen tritt danach sogar eine Verschlechterung ein, weil zuviel unregelmässig gebrochenes Licht Zutritt erhält. Man kann ein ungefähres Urtheil über den Effect gewinnen, wenn man die Pupille durch Atropin erweitert; hebt sich hierbei das Sehvermögen, so wird auch eine geschickt angelegte künstliche Pupille Gleiches erreichen. Im Uebrigen ist zu beachten, dass selbst für optisch günstige Fälle in der ersten Zeit nach der Operation bisweilen dadurch eine Verschlechterung des Sehens eintritt, dass die über der künstlichen Pupille gelegene Hornhaut sich etwas trübt. Meist sind es alte, sehr durchsichtige Trübungen, die nunmehr deutlicher hervortreten. Doch pflegt nach einiger Zeit Klärung zu erfolgen. Ist die Pupille mit einer nicht intensiv weissen, sondern durchscheinenden, aber das Licht sehr unregelmässig zerstreuenden Trübung bedeckt, so ist in einzelnen Fällen in der Weise Besserung zu schaffen, dass man ein künstliches Colobom seitlich anlegt und die Trübung durch Tätowirung mit schwarzer chinesischer Tusche (s. unten) undurchsichtig macht. Bisweilen lässt sich das Sehen durch eine stenopäische Brille erheblich heben. Doch wird dies nur einen beschränkten Nutzen bringen, da sich das Gesichtsfeld hierbei stark einengt.

Wenn nur ein kleiner Randsaum der Hornhaut noch durchsichtig ist, so kann ebenfalls das Herausschneiden eines Stückchens Iris, was aber wegen der meist complicirenden schwartigen Verwachsungen und Atrophie des Gewebes schlecht gelingt, versucht werden.

Es sind dies in der Regel traurige Fälle, bei denen es trotz Erhaltenbleibens der Netzhautfunction unmöglich ist, dem Lichte Zutritt zu schaffen. Man hat daher bis in die neueste Zeit wieder Versuche gemacht, an Stelle des undurchsichtigen Narbengewebes im Hornhautcentrum ein durchsichtiges Medium zu setzen. So bemühte man sich, nachdem man ein centrales Stück der getrübten Hornhaut herausgeschnitten oder heraustrepanirt hatte, ein ähnlich wie Hemdenknöpfe (mit Zwischenglied und vorderer und hinterer Platte) gestaltetes Glas (Nussbaum) oder neuerdings durchsichtiges Celluloid (Dimmer) oder Bergkrystall (Salzer) einzusetzen, oder man versuchte auch nach Himly's, Wolfe's und Power's Angaben Stücke einer frisch herausgenommenen Kaninchen- oder Menschenhornhaut (— von exstirpirten Bulbi —) in den Defect einheilen zu lassen. Bis jetzt ist aber hiermit kaum irgendwo ein dauernder Erfolg erzielt worden, indem die Gläser herausfielen und die transplantirten Hornhäute, soweit sie überhaupt einheilten, sich wieder trübten. Hingegen ist es nach

v. Hippel's Vorgang in einigen Fällen gelungen, eine runde Scheibe Kaninchenhornhaut in die Trepanöffnung einer leukomatösen Hornhaut, bei welcher man die innersten Schichten stehen lässt, einzuheilen und durchsichtig zu erhalten. Die Methode kann natürlich nur Vortheil bringen, wenn eben diese innersten Hornhautschichten, was sehr selten zutrifft, ungetrübt sind. — Neuerdings hat Strawbridge nach Tenotomie des Internus mit dem Trepan eine runde Oeffnung durch die Sclera bis zum Glaskörper an der Ansatzstelle der Sehne angelegt und sie mit Conjunctiva überdeckt.

Bisweilen können Gründe der Kosmetik zu Operationen veranlassen in Fällen, wo für das Sehvermögen nichts mehr zu erreichen ist. Man kann die störenden weissen Flecke durch Tätowiren mit schwarzer chinesischer Tusche (Wecker) unsichtbar machen. Letztere soll vorher durch Einwirken von trockner Wärme (60°, eine halbe Stunde lang [v. Sicherer]) sterilisirt werden. Eine Starnadel, oder ein Bündel von etwa vier gewöhnlichen Nadeln, in ein Heft gefasst, wird zu der kleinen Operation benutzt. Nachdem die Lider mit einem Sperrelevateur auseinander gehalten sind, bestreicht man den Fleck mit der nicht zu dünnen chinesischen Tusche und stösst nun in das Leukom mehrere Male mässig tief und in leicht schräger Richtung hinein. Die chinesische Tusche dringt theils hierbei schon in die kleinen Oeffnungen, theils reibt man sie mit einem Spatel oder der Fingerspitze weiter ein; sie bleibt darin haften, wenn man den Patienten noch etwa ½ Stunde lang mit offenen Lidern, damit die Tusche nicht abgewischt wird, liegen lässt. Um die Reaction des Auges zu prüfen, muss man bei der ersten Sitzung nur wenige Einstiche machen; dies ist besonders nöthig bei Verwachsungen der Iris mit der Narbe. Eine Fixation des Bulbus an der Conjunctiva mit Hakenpincetten vermeide man, damit nicht etwa dahin sich Tusche verirre und einen Fleck mache. Durch eine Reihe von Sitzungen, die man alle paar Tage wiederholt, kann man eine ziemlich gleichmässige und Jahre dauernde Färbung herstellen.

Dies Verfahren ist in der Mehrzahl der Fälle der Anlegung einer kosmetischen künstlichen Pupille, die durch ihre Schwärze dem Auge ebenfalls mehr Feuer giebt und so den Eindruck des weissen Fleckes abschwächt, vorzuziehen. — Will man eine der Iris ähnliche Färbung eines Leukoms bewirken, so kann man als blau Berlinerblau, als gelb geschlemmten Ocker, als roth Carmin, als weiss geschlemmte kohlensaure Kreide verwenden (Vacher).

Bandförmige Hornhauttrübungen.

Den gewöhnlichen Hornhauttrübungen schliesst sich als ein mehr genuines Leiden, die bandförmige Keratitis an. Hier findet sich eine

undurchsichtige, weissliche, bandförmige Trübung, welche die Corneamitte quer durchsetzt und gewöhnlich in ihrer Entwickelung von der Schläfen- und Nasenseite, öfters den äussersten Rand freilassend, ausgeht. Entzündliche Erscheinungen, die mit dem Hornhautleiden in Verbindung stehen, fehlen ganz. In der Regel sind es Augen, die bereits lange erkrankt waren, besonders an Iridocyklitis gelitten hatten. Aber gelegentlich werden auch, vorzugsweise bei älteren Personen, gesunde Augen befallen und erst später treten anderweitige Veränderungen hinzu. Hier entspricht die Verschlechterung des Sehens dem gesetzten optischen Hinderniss. Die Iridectomie kann von guter Wirkung sein (v. Graefe). Ein Abkratzen der trüben Schicht hat in der Regel keinen Nutzen, trotzdem es sich zum Theil um Ablagerung von Kalksalzen handelt.

Gerontoxon.

Das Gerontoxon (Arcus senilis) zeigt sich als eine weissliche, etwa 1 bis $1\frac{1}{2}$ mm breite Trübung mit glatter Oberfläche, welche ihren Sitz im Cornealrande hat, aber meist noch durch eine schmale Linie durchsichtiger Hornhautsubstanz von der Sclera geschieden ist. Es erscheint im Beginn am häufigsten als Halbmond am oberen und unteren Rande; später wird auch der nasale und temporale Rand befallen. Sehstörungen werden hierdurch nicht verursacht. Gewöhnlich tritt erst im höheren Alter diese Trübung auf. Es handelt sich um eine Ablagerung colloider Substanz in den oberflächlichsten Hornhautschichten (Fuchs).

Blutungen in der Hornhaut. Durchblutung der Hornhaut.

In einzelnen Fällen findet man kleine umschriebene Blutungen im Hornhautgewebe von röthlicher Farbe; es handelt sich hier um kleine Extravasate. Die eigentliche Durchblutung der Hornhaut (Hirschberg) zeigt sich in der Regel als eine grünlich-graue, scheibenförmige Verfärbung der Hornhaut, die so gross ist, dass nur noch eine periphere Zone annähernd normal erscheint. Es wird hierdurch der Eindruck geschaffen, als ob die Linse in die vordere Kammer luxirt sei oder sich ein linsen-ähnliches gelatinöses Exsudat in ihr befinde. Immer ist dieser Zustand mit einem Bluterguss verknüpft, der die vordere Kammer anfüllt. Jedoch trägt derselbe nur wenig zu dem frappanten Aussehen der Cornea bei; nach einer Punction der vorderen Kammer, wobei ich auch das gebildete Fibringerinnsel entleerte, nahm die Corneafärbung doch keine wesentliche Veränderung an. Mikroskopisch

fand sich in der grünlich-grauen Hornhaut eine hyaline Degeneration der Hornhautfibrillen (Vossius). Es handelt sich immer um die Folge schwerer Verletzungen (Contusionen, auch nach Kuhhorn-Stoss) des Auges; in einigen Tagen kann sich die Trübung der Hornhaut entwickeln und nach längerer Zeit wieder schwinden.

3. Krümmungsveränderungen.

I. Narbenstaphylome.

Bei Narbenbildungen der Cornea, die nach ausgedehnterem Substanzverlust und Perforation entstanden sind, kommt es häufig zu Hervortreibungen. Man bezeichnet den Zustand als Staphylom (*σταφυλή*, die Traube): letzteres ist total, wenn die ganze Hornhaut sich hervorwölbt. Gewöhnlich ist die Farbe des Narbengewebes intensiv weiss: nur selten bleibt bei partiellen Staphylomen eine dunklere Färbung von der in den Substanzverlust der Cornea hineingefallenen Iris dauernd bestehen. Die Form der Hervorwölbung ist verschieden, bisweilen ziemlich gleichmässig und mehr kugelförmig, bisweilen stark conisch und rüsselförmig: sie kann so hochgradig sein, dass die Lider darüber nicht zum Schluss kommen. Es zeigt alsdann die Oberfläche Unregelmässigkeiten und Vertrocknungen. Die Iris bildet — abgesehen von seltenen Fällen eines partiellen Staphyloms, wo nur Hornhautgewebe hervorgetrieben ist — die Grundlage der Narbe an der Perforationsstelle. In dem derberen Gewebe derselben finden sich öfters Blutgefässe und Pigmentreste, die Epithellage ist unregelmässig. Die Bowman'sche und Descemet'sche Membran ist nur an den Stellen nachweisbar, wo noch einigermaassen intactes Hornhautgewebe vorhanden ist. Bei totalen Staphylomen liegt die verdünnte Iris auch an den nicht perforirten Stellen der Hornhaut meist ganz oder fast ganz an. Corpus ciliare, Netzhaut und Chorioidea werden atrophisch, der Glaskörper verflüssigt sich; die Papilla optica wird excavirt. Die Linse ist in manchen Fällen bereits bis auf geringe, trübe und hülsenförmige Reste evacuirt, in anderen ist sie luxirt und liegt in dem Staphylom; selten bleibt sie bei länger bestehenden Processen vollkommen intact. Selbst scheinbar durchsichtige Linsen zeigen mikroskopische Veränderungen. An einer derartigen Linse, die aus einer nach Perforation der Cornea und Irisprolaps entstandenen, staphylomatösen und noch nicht übernarbten Hervorwölbung bei einem Kinde entleert wurde, fand ich bei der sofort vorgenommenen Untersuchung dicht auf der Linsenkapsel liegende Kerne und Detritus, in dem sich verästelte feine Capillargefässe vertheilten. In der Linse selbst zeigte sich in Fasern,

die der Kapsel nahe sassen, eine feine Körnung und Anhäufung zahlreicher und verschieden grosser Kerne: an anderen Stellen hatten die Fasern ihre normale Beschaffenheit. Doch bemerkte man auch hier einzelne parallel laufende Linien, die gleichsam aus kleinsten unregelmässigen Tröpfchen sich zusammensetzten: Formen, die Becker wohl mit Recht als Fettkügelchen aufgefasst hat.

Die Entstehung der staphylomatösen Hervortreibung erklärt sich dadurch, dass die an der Perforationsstelle entstandene Narbe und häufig auch das durch Ulceration verdünnte Hornhautgewebe dem intraocularen Drucke nicht mehr Widerstand leisten konnten.

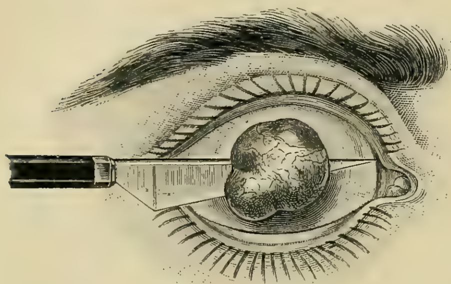
Ausgedehntere Staphylome führen, wie erwähnt, in der Regel zu secundären Veränderungen in dem hinteren Bulbusabschnitt, indem es zu Steigerungen des intraocularen Druckes und Glaukom kommt. Aeusserlich zeigt sich dieser Folgezustand durch ein Verstreichen der seichten Rinne zwischen Cornea und Sclera oder Auftreten einer bläulichen Hervorragung im Scleralgebiet. Aber auch partielle Staphylome veranlassen oft Secundärglaukom.

Die Sehstörungen entsprechen den optischen Hindernissen; man findet demnach bei partiellen Staphylomen, welche nicht central sitzen, bisweilen ein ganz befriedigendes Sehen. Steht das Sehvermögen nicht mehr im Verhältniss zur Trübung — und selbst bei totalem Staphylom sollte ungefähr das Sehen Kataraktöser vorhanden sein —, so sind Complicationen anzunehmen. Meist wird eine Tensionsvermehrung auf Secundärglaukom hinweisen.

Die Therapie muss durch entsprechende Behandlung der ursächlichen Affectionen, speciell der Irisvorfälle, die Entstehung der Staphylome zu vermeiden suchen. Bildet sich eine partielle Hervortreibung, so kann man durch eine frühzeitig gemachte Iridectomie oft ein Zurückgehen derselben bewirken. Ueberhaupt wird diese Operation meist angezeigt sein, um den hier häufigen Secundärglaukomen vorzubeugen. Sonst kann man auch durch einen Schnitt mit dem schmalen Messer, der die zur Cornealnarbe gezerrte Iris von ihrem Ciliarzusatz trennt, eine Besserung anstreben (Abadie). Bei Staphylomen, in denen die luxirte Linse liegt, erreicht man besonders im Anfang noch einen guten Effect durch einen einfachen Querschnitt, der die Linse herauslässt. Ist das Staphylom abgeschlossen und ausgedehnter, so kann man es, wenn es den Kranken stört oder Sitz von Reizzuständen ist, abtragen. Doch werden beim Totalstaphylom an Stelle der Abtragung noch die Exenteration oder Enucleation des Bulbus in Frage kommen. Beide haben eine kürzere Heilungsdauer und sind bei starker intraocularer Drucksteigerung wegen der Gefahr von Blutungen der Abtragung vorzuziehen.

Sie geben allerdings für ein später zu tragendes künstliches Auge einen weniger guten Stumpf.

Von den verschiedenen Staphylomoperationen ist die einfachste die alte Beer'sche Abtragung (Fig. 150). Man geht hier quer mit dem Beer'schen Starmesser, wie bei dem Lappenschnitt zur Starextraction, durch das Staphylom, bildet einen unteren Lappen, fasst diesen mit der Pincette und trennt die obere Peripherie mit der Scheere. In der Regel entleert sich hiernach Glaskörper, so dass man die Operation etwas schnell ausführen und das Auge mittels Druckverbandes sofort schliessen muss. Bei sehr hochgespanntem Bulbus kann es auch zu Blutungen aus dem Augeninnern kommen. Aehnlich ist die Staphylomoperation von Wecker, nur löst dieser vor der Abtragung die Conjunctiva rings um die Cornea in grosser Ausdehnung von der Sclera ab und führt durch ihre Cornealperipherie einen Seidenfaden mit aus- und eingehenden Stichen rings herum, ähnlich wie das Band durchgezogen ist, welches die Oeffnung eines Tabaksbeutels schliesst. Nach der Abtragung des Staphyloms wird die entstandene Bulbusöffnung dann durch Zusammenziehen des Conjunctivalfadens, wobei die Conjunctiva vor die Oeffnung rückt, geschlossen.



150.

II. Nichtnarbige Kerektasien.

Dieselben haben eine Kugelform oder sind mehr conisch.

Am häufigsten, meist angeboren und in dem ersten Lebensjahre sich weiter entwickelnd, findet man die kugelförmige Ausdehnung einer durchsichtigen oder leicht getrübten Cornea (C. globosa) beim Hydrophthalmus oder Buphophthalmus (siehe: Angeborene Missbildungen). Auch nach Pannus kommen kleinere Hervorwölbungen zu Stande. Das Sehvermögen wird durch abnorme Brechung und unregelmässigen Astigmatismus gestört. Bei den pannösen Hervorwölbungen kann eine Iridectomie wegen ihres Einflusses auf die Iritis und den intraocularen Druck von Nutzen sein.

Die conische Form kommt typisch als Keratoconus (Staphyloma pellucidum) vor. Hierbei nimmt, gewöhnlich um das zwanzigste Lebensjahr herum beginnend und sehr allmählich fortschreitend,

die durchsichtige Hornhaut eine zuckerhutähnliche Form an, deren Spitze bisweilen leicht getrübt ist. Die Patienten kommen nur, da keine entzündlichen Erscheinungen vorliegen, wegen der eintretenden Sehschwäche zum Arzt. Oefters besteht Polyopie, meist Kurzsichtigkeit. In der Regel sind beide Augen befallen. Der Process kann spontan stationär werden.

Die Diagnose ist im Beginn nicht immer leicht. Durch die Unregelmässigkeit der Reflexbilder der Cornea (z. B. mit dem Keratoskop beobachtet) wird die Gestaltveränderung erwiesen, da im Centrum wegen der stärkeren Krümmung die Grösse der Bilder geringer ist, als an der Peripherie. Beim Fortschreiten des Processes kann man durch Profilansicht die abnorme Gestalt direct constatiren. Die ophthalmoskopische Untersuchung lässt den unregelmässigen Astigmatismus ebenfalls zu Tage treten; bei einfacher Durchleuchtung tritt öfters in dem Roth der Pupille ein dunkler Kreis auf. Es scheint sich um ein genuines Leiden der Hornhaut zu handeln; die Abnahme der Hornhautdicke konnte anatomisch constatirt werden.

Die Therapie muss möglichste Correction durch Gläser (sphärische und cylindrische) suchen; in neuerer Zeit sind hyperbolische Gläser (Raehlmann hat die Fabrik in Rathenow zur Herstellung verschiedener Formen veranlasst) geschliffen worden, mit denen sich erhebliche Besserung in einer Reihe von Fällen erzielen lässt. Fick empfiehlt Contact-Gläser: Glashornhäute, die mit einer Flüssigkeitsschicht der schlechtbrechenden Hornhaut aufliegen. Roborirende Behandlung und Enthaltsamkeit von jeder Augenarbeit in Verbindung mit Einträufelung eines Mioticums wurde von Arlt in einzelnen Fällen mit Erfolg geübt. Rampoldi rühmt im Gegentheil lange fortgesetztes Atropinisiren. Weiter sind eine Reihe operativer Eingriffe zur Heilung versucht worden. Ursprünglich wurden Iridectomien, aber ohne Nutzen angewandt. Alsdann bemühte sich v. Graefe durch einen auf der Spitze des Conus angeregten Narbenprocess eine Abflachung zu erzielen; hierdurch werden in der That Besserungen erreicht. Man trägt ein kleines Stück oberflächlichen Hornhautgewebes von dem Centrum des Conus ab und sucht durch Touchiren mit Höllenstein ein Geschwür zu Stande zu bringen, das bis zur Perforation, die später mit der Paracentesennadel künstlich gemacht wird, in die Tiefe dringt. Ich ziehe es vor, central mit dem Galvanocauter einen kleinen Substanzverlust zu setzen und nach Entstehung eines Geschwürs zu perforiren. Die sich danach bildende kleine Narbe bewirkt eine genügende Abflachung. Würde das Leukom zu gross, so wäre eventuell eine Iridectomie nachzuschicken. Letzteres ist immer der Fall bei dem Bowman'schen Verfahren, wo direct mittels eines kleinen Trepans ein centrales Hornhautstück heraus-

geschnitten wird. Doch ist dieses Verfahren nicht gefahrlos, indem meist ausgedehntere Verwachsungen der Iris mit einer centralen Narbe danach entstehen. —

III. Abflachung der Cornea.

Die Abflachung der Cornea tritt nach manchen ausgedehnten Substanzverlusten ein, indem die Narbe sich zusammenzieht, flach wird und den etwa restirenden durchsichtigen Theil ebenfalls durch Dehnung abflacht (Applanatio corneae). Auch spielt die verminderte Absonderung des Kammerwassers hierbei gleichfalls eine Rolle.

Nach Panophthalmitis oder zerstörenden Keratiten findet sich an Stelle der Hornhaut fast nur Narbengewebe (Phthisis corneae); bisweilen bleibt ihr nur ein kaum hanfkorngrosses Stückchen zurück, das im vorderen Pole des mehr oder weniger geschrumpften Bulbus sitzt.

4. Verletzungen der Cornea.

Am häufigsten sind es kleine Fremdkörper, wie Sandtheilchen, Rauchpartikelchen (z. B. bei Eisenbahnfahrten), Steinsplitter, Eisenstückchen, meist beim Schlagen erhitzt und glühend geworden, welche oberflächliche Substanzverluste herbeiführend in das Hornhautgewebe eindringen. Es bedarf hier oft einer sehr genauen Untersuchung, zuweilen unter Anwendung der focalen Beleuchtung, um die punktförmigen Partikel zu erkennen. Immerhin wird man, abgesehen von der Anamnese, bei der das plötzliche Auftreten einer Schmerzempfindung und starken Thränens meist auf den Moment der Verletzung hinweist, Verdacht schöpfen, wenn ohne sonstige entzündliche Veränderungen an einem Auge sich eine zarte rosige pericorneale Injection findet. Diese ist in ihrer Zartheit beinahe charakteristisch für Fremdkörper auf der Cornea.

Die Behandlung ist auf Entfernung des Fremdkörpers gerichtet, indem man nach vorheriger Cocaïnisirung denselben mit einer Starnadel oder einem kleinen Hohlmeisel heraushebt. Bei Eisensplitterchen bedarf es einer Art von Radiren, bei welchem Vorgehen sich ein Eisenplättchen nach dem andern ablöst. Man hüte sich, zu ausgiebige Epithelabstreifungen zu machen, setze vielmehr die Nadel möglichst an der Stelle des Fremdkörpers auf. Eine Fixation des Bulbus mittels Pincette ist meist unnöthig; man hält mit der linken Hand die Lider auseinander und giebt dabei durch einen gewissen Druck dem Auge eine festere Stellung. Es lohnt sich nicht immer, sich darauf zu versetzen, auch das kleinste Restpartikelchen — bisweilen handelt es sich schliesslich nur um eine Färbung, die das Gewebe selbst angenommen hat — abzuschaben. Wenn die Entfernung grosse Schwierigkeiten hat, kann

man auch einige Tage warten, bis die beginnende Eiterung den Fremdkörper gelockert hat. Es bleibt alsdann aber eine etwas grössere Narbe. Die Anwendung des gewöhnlichen Magneten hat bei Eisensplittern in der Hornhaut keine besondere Bedeutung: sitzen sie so lose, dass sie ihm folgen, so sind sie auch mit der Starnadel leicht abzustreifen. Sehr starke Magneten können bei grösseren Partikeln von Nutzen sein. Befindet sich das Auge in einem gewissen Reizzustande, so träufelt man nach der Entfernung des Fremdkörpers Atropin ein und lässt kühle Umschläge machen. Nicht selten heilen kleine Fremdkörper (Pulverkörner, Steinstückchen z. B. nach Dynamitexplosionen) ohne besonderen Schaden dauernd ein.

In einem Falle jedoch bedarf es selbst bei kleinen Fremdkörpern einer gewissen Vorsicht: wenn sie nämlich sehr tief in die Cornea gedrungen sind oder gar schon in die vordere Kammer hineinragen. Ein Hineinstossen derselben in die vordere Kammer ist sehr übel, da es dann meist in den Kammerwinkel versinken und sich dem Anblick entziehen, so dass es selbst nach Durchschneidung der Hornhaut mit einem Lanzenmesser nicht immer gelingt, den Fremdkörper zu fassen. In solchem Falle würde man, falls die Stelle des Sitzes mit Wahrscheinlichkeit bekannt wäre, gleichzeitig das betreffende Stück Iris excidiren. Um den in die Cornea gedrungenen Fremdkörper überhaupt vor dem Hineinfallen in die vordere Kammer zu bewahren, führt man hier vor allen Extractionsversuchen ein schmales Lanzenmesser in die vordere Kammer und drückt mit dessen Fläche von hinten her den Fremdkörper gegen das Hornhautgewebe.

Grössere Wunden der Hornhaut werden häufig mit Scheeren, Messern, zersprungenem Glase (auch durch zerschlagene Brillengläser) gemacht: aber auch stumpfspitze Gegenstände führen Hornhautrisse herbei. Zuweilen sind dieselben so gross, dass Linse und Glaskörper sich sofort entleeren. In einem Falle habe ich auch Netzhautstücke in einem, von einem Kuhhorn gemachten Hornhautrisse liegen sehen. Hier ist die baldige Enucleation des Bulbus angezeigt. Bei kleineren Wunden und geringen Augenverletzungen, bei denen die Hornhautwunde meist glatt heilt, wird man das Auge zu erhalten suchen. Immer bedenklich sind die Wunden, welche über den Rand der Cornea tief in den Sclerallimbus hineinlaufen, weil hier die Gefahr einer Cyklitis und damit die einer sympathischen Affection des anderen Auges gegeben ist. Auch spielt die septische oder aseptische Beschaffenheit des verletzenden Gegenstandes eine bedeutende Rolle. Man wird nach Reinigung der Wunde mit Aqu. chlori oder Sublimatlösung — ist Iris hineingefallen, so thut man gut, falls es unmöglich ist, sie durch Miotica oder Mydriatica sofort zurückzuführen, das Stück abzuschneiden

— und nach eventueller Atropinisirung des Auges einen Druckverband, wie nach Starextractionen, anlegen. Auch ist das Einpudern von Jodoform von Nutzen. Nur bei heftigeren Schmerzen sind abwechselnd Eisumschläge zu machen. Bei grösseren Hornhautwunden kann man eine Deckung mit Conjunctiva versuchen, weniger empfiehlt sich das directe Vernähen durch Einlegen von Fäden in die Hornhaut selbst.

Tritt später etwa durch Verletzung der Linsenkapsel Quellung der Linsensubstanz und Iritis ein, so bedarf es strenger Antiphlogose mit energischer Atropinisirung. Hier ist bei intraocularer Druckzunahme die Anlegung einer breiten Iridectomie mit gleichzeitigem Herauslassen der gequollenen Linsenmassen angezeigt.

Nicht selten erhebt sich die Frage, ob ein Fremdkörper durch die Cornea in das Augeninnere gedrungen ist? Vor Allem wird man die Art, wie die Verletzung geschehen, den Gegenstand, mit dem sie ausgeführt ist, genau feststellen müssen. Kleine perforirende Hornhautwunden sprechen, falls eben nicht die Verletzung mit einem grossen Gegenstande sicher festgestellt ist, immer dafür, dass das verletzende Stückchen durch die Cornea in das Augeninnere gelangt ist. Diese Vermuthung wird weiter gestützt, wenn Trübungen in der Linse oder im Glaskörper nachweisbar sind. Der Mangel an sichtbaren Verletzungen der Linse ist kein Gegengrund, da der Fremdkörper durch die Zonula Zinnii in den Glaskörper gedrungen sein kann. Für Eisenverletzungen haben wir in der Benutzung der Magnetnadel ein gutes diagnostisches Mittel (siehe Fremdkörper im Glaskörper).

Ausgedehntere Verletzungen der Hornhaut entstehen auch durch V e r b r e n n e n und A n ä t z e n. Kalk, Chemikalien, explodirendes Pulver, Steinstückchen bei Dynamitsprengungen oder glühendes Eisen, die in das Auge spritzen, bewirken oft Verlust des Sehvermögens. Man hüte sich bei Verbrennungen oder Verätzungen mit Chemikalien auf eine scheinbare Durchsichtigkeit und Klarheit der Hornhaut hin, wie sie sich gleich nach der Verletzung bisweilen noch findet, eine zu günstige Prognose zu stellen. Häufig tritt erst nach einigen Tagen die Trübung ein. Hier muss immer die focale Beleuchtung (eventuell auch die oben angegebene Fluoresceïn-Reaction) mit herangezogen werden, um die etwaige Zerstörung der Hornhautschichten übersehen zu können.

Die Behandlung besteht in Entfernung der eingedrungenen Massen; im Uebrigen gilt das bei den Conjunctivalverletzungen Gesagte. Zur Bekämpfung der ersten Entzündung empfehlen sich kalte Umschläge; später kommen die sonst bei Hornhautaffectionen üblichen therapeutischen Regeln zur Geltung.

Die Durchblutung der Cornea in Folge von Verletzungen ist oben besprochen.

5. Geschwülste der Cornea.

Eine primäre Geschwulstbildung in der Cornea ist ausserordentlich selten. Meist wird ihr Gewebe durch Tumoren, die sich im Innern des Auges entwickelt haben und nun durchwachsen (wie Sarkome und Gliome oder Iristuberkel), oder durch solche, welche auf dem Corneallimbus in dem Conjunctivalüberzuge entstanden sind, erst secundär ergriffen. Besondere Bedeutung haben die am Corneallimbus sitzenden Geschwülste, die allmählich sich vergrössernd bis in das Pupillargebiet vorrücken und so das Sehen stören können. In der Regel pflegt die Hornhaut nur in ihren oberflächlichen Schichten ergriffen zu werden. Am häufigsten handelt es sich um Sarkome und zwar Melanosarkome, seltener um Carcinome.

Die Prognose ist für diese Geschwülste mit Vorsicht zu stellen, da Recidive, selbst Metastasen zu befürchten sind. Es wird immerhin eine frühzeitige Exstirpation angezeigt sein; gewöhnlich kann man die Geschwulst von den oberflächlichsten Hornhautschichten abschaben. Sollte besonders im Scleralgebiete ein tieferes Eindringen schon stattgefunden haben, so bleibt nur die Enucleatio bulbi übrig.

Ausser den Sarkomen kommen Epitheliome und Melanocancroide, ferner Lepraknoten von gelblicher Färbung, äusserst selten Fibrome (Bogman), vor (vergl. Geschwülste der Conjunctiva). Die Lepraknoten charakterisiren sich als Leukosarkome, es finden sich in ihnen massenhafte Leprabacillen, sie können auftreten, ehe die Haut befallen ist (Meyer und Berger). Sehr selten sind syphilitische Papeln (Peppmüller, Wolff). Angeboren finden sich graue oder gelblich aussehende Dermoide, die als kleine Erhebungen meist auf den Grenzpartien der Cornea und Sclera aufsitzen.

Fünftes Kapitel.

Erkrankungen der Sclera.

Anatomie.

Die Sclera bildet die äussere elastische Kapsel des Bulbus. Nasal von ihrem hinteren Pole tritt der Sehnerv ein, dessen bindegewebige Scheiden in sie ausstrahlen. Vorn geht sie in die Hornhaut über; zuerst nehmen ihre innersten Lagen das durchsichtige Gefüge der letzteren an, während die äusseren noch eine kurze Strecke ihre Undurchsichtigkeit behalten (Scleral- oder Corneallimbus). Kurz vor dem Uebergang findet sich in der Sclera ein venöser Plexus, welcher ihre ganze Peripherie kreisförmig umzieht (Sinus venosus [Leber] oder Canalis Schlemmii). Die Sclera ist in ihren hinteren Partien am dicksten, wird nach vorn hin dünner und ist besonders an den Stellen, die unter den Sehnenansätzen der Muskeln liegen, am dünnsten. Die Sehneninsertionen verstärken sie dann wieder etwas. Sie wird von Nerven und Gefässen, die in das Innere des Auges gehen, durchbohrt. Sie selbst hat wenig Gefässe. Am hinteren Pole senken sich die hinteren Ciliargefässe und -nerven, kurz vor dem Limbus die vorderen Ciliargefässe und -nerven, welche die Iris versorgen, in sie ein und bilden theilweise in ihr längere Canäle. Das Scleralgewebe besteht aus gröberen Bindegewebsbündeln, die zum Theil von vorn nach hinten, zum Theil um den Hornhautrand circulär verlaufen; sie sind vielfältig mit elastischen Fasern untermischt (Sattler). Die innersten Schichten enthalten Pigmentzellen. Im Alter (vgl. auch Glaukom) finden sich öfters Verkalkungen in der Sclera: ebenso in den verdickten Lederhäuten der phthisischen Augäpfel, wo auch Verknöcherungen vorkommen.

1. Episkleritis und Skleritis.

Bei den Entzündungen der Sclera kann man eine oberflächliche Form, wo besonders episklerales Gewebe betheiligt ist, als Episkleritis und eine die tieferen Schichten treffende, als Skleritis unterscheiden; jedoch kommen Uebergänge zwischen beiden vor. Bei der

Episkleritis zeigt sich im Beginn der Affection in einiger Entfernung von der Cornea in der Sclera ein meist kleiner, blau-röthlicher Fleck von unregelmässiger Form, der durch starke Füllung des episkleralen Venennetzes bedingt ist; über ihn ziehen mehr hellrothe Conjunctivalgefässe. Es folgt dann eine Infiltration des darüberliegenden Gewebes, oft mit buckelförmiger Erhebung. Diese Buckel pflegen ein bis zwei Monate lang zu bestehen, um dann wieder meist mit Zurücklassung kleiner schiefergrauer Flecke zu schwinden. Bisweilen umziehen sie nach und nach einen grösseren Theil der Hornhautperipherie. Stärkere Conjunctival-Injection pflegt nicht zu bestehen, oft verläuft überhaupt der Process ohne besondere Beschwerden, seltener unter starken Schmerzen. In zwei Fällen, wo die Buckel auffallende Aehnlichkeit mit Tuberkelknötchen hatten, haben wir sie excidirt und untersucht; es fanden sich jedoch nur Anhäufungen von Rundzellen ohne Tuberkelbacillen: auch Impfungen in die vordere Augenkammer des Kaninchens blieben erfolglos.

Diese umschriebenen Hervorragungen können auch eine gewisse Aehnlichkeit mit den breiten Phlyktänen der Conjunctiva zeigen. Doch ist bei letzteren das Infiltrat in der Oberfläche der Conjunctiva gelegen, während man bei der Skleritis die wenig betheiligte Bindehaut über der Erhebung einigermaassen verschieben kann; auch fehlt meist die charakteristische, von der Uebergangsfalte herkommende büschelförmige Injection der verlängerten hinteren Conjunctivalgefässe. Ferner pflegt gerade diejenige Form der breiten Phlyktänen, welche zu Verwechslungen Anlass geben könnte, dicht am Sclerallimbus zu liegen, während bei der Episkleritis der Haupterkrankungsort in einer gewissen Entfernung von letzterem sitzt.

Die eigentliche Skleritis kennzeichnet sich durch das Auftreten mehr oder weniger grosser bläulich-violetter Flecke; die nicht befallene Partie des Bulbus bleibt oft ganz blass und injectionslos. Die subjectiven Symptome sind meist sehr gering. Nur selten besteht heftigeres Thränen, Lichtscheu oder erheblichere Schmerzhaftigkeit. Während in einer Zahl von Fällen der Process auf die Sclera beschränkt ist, wird er in anderen Fällen von Chorioidea-, Iris-, Glaskörper- und Hornhautaffectionen begleitet. Die Hornhaut zeigt vom Rande ausgehende, in den tieferen Schichten gelegene, grauliche Infiltrationen, die fleckweise entstehen. Ausgeprägtere Eiterfärbung oder Neigung zu Exulcerationen fehlt ihnen. Nach erfolgter Heilung verschwinden sie fast spurlos, nur dicht am Rande bleiben öfters graue Trübungen, die wie eine Fortsetzung der Sclera auf die Cornea (sclerosirende Trübungen) aussehen. Meist ist gleichzeitig mit dem Hornhautleiden eine Iritis vorhanden, gewöhnlich in der Form der serösen. Auch Glaskörper-

trübungen sind in diesen Fällen nicht selten. Schliesslich kann es zu Ektasien der Sclera kommen.

Das Leiden, ob complicirt oder uncomplicirt, ist sehr langwierig; viele Monate, selbst 1 bis 2 Jahre lang, kann die Affection währen. Auch treten gelegentlich an anderen Stellen der Sclera neue Nachschübe ein. Anfänglich erkrankt in der Regel nur ein Auge, oft folgt das andere nach.

Die Prognose bezüglich der Episkleritis ist im Ganzen günstig; die Affection ist zwar hartnäckig und zu Recidiven neigend, schädigt aber selten das Sehvermögen. Letzteres ist in Folge der angegebenen Complicationen bei der eigentlichen Skleritis häufiger der Fall. Doch kann auch diese günstig verlaufen, so dass nur die zurückbleibenden violetten Verfärbungen, welche durch das Durchscheinen der Chorioidea durch die atrophische Sclera bedingt sind, von der überstandenen Krankheit zeugen.

Vorzugsweise werden Erwachsene befallen, häufiger Frauen als Männer. Im Beginn der zwanziger Jahre und dann wieder im späteren Lebensalter ist die Erkrankung verhältnissmässig am häufigsten. Man findet bisweilen rheumatische Ursachen, Gicht, Syphilis, Scrophulose, Abdominal-Plethora, Anämie, Menstruationsanomalien. — Skleritis in der Gegend des hinteren Augenpoles (mit Chorioiditis verknüpft) hat Jacobson ophthalmoskopisch gelegentlich bei Kindern nach Masern und Variola beobachtet.

Die locale Behandlung kann eine mehr abwartende sein. Jedenfalls sind reizende Mittel (gelbe Quecksilbersalbe u. s. w.) im Beginn zu vermeiden. Atropinisirung des Auges, Anwendung der Stirnsalbe genügen oft; bei heftigeren Schmerzen kann man Blutegel und Opiate anwenden. Auch lauwarme Kamillentheeumschläge mehrere Male des Tages $1/2$ Stunde lang, oder Anwendung des feucht-warmen Druckverbandes sind hier bisweilen angezeigt. Bei stärkerer Gewebsinfiltration sind Scarificationen und Massage mit Cocaïnsalbe von Nutzen. Auch subconjunctivale Kochsalz- oder Sublimat-Injectionen sind empfohlen worden. Treten Complicationen mit Iritis ein, so ist stärkere Atropinisirung erforderlich. Ist die Iritis sehr heftig und sind gleichzeitig Chorioiditis oder Glaskörpertrübungen vorhanden, so wende man allgemeine Mercurialisation (etwa durch subcutane Sublimat-Injectionen, 0·01 pro die) an. Selbst von anämisch aussehenden Individuen werden sie neben sonstigem roborirendem Verfahren gut vertragen.

Bei diesen, oft sichtbarlich mit constitutionellen Diathesen zusammenhängenden Leiden ist in der Regel auch eine weitere innerliche Behandlung von Nöthen. So ist der Gebrauch von Jod, Jodeisen, Eisen oft indicirt. Pagenstecher hat besonders nach sehr grossen

Dosen (5 bis 25 gr pro die) von Jodkali und Jodnatrium eclatante Besserungen gesehen. Die Lösung (20 gr ad 200 gr Wasser) wird esslöffelweise in Milch nach dem Essen genommen; die Cur ist wochenlang fortzusetzen. Bei gichtischer Diathese wird das Natr. und Lithium salicylicum sowie Colchicin gerühmt. Sind keine speciellen Indicationen vorhanden, so ist der längere Gebrauch von Leberthran empfehlenswerth.

2. Ektasien und Staphylome der Sclera.

Eine allgemeine Ausdehnung der Sclera findet sich bei angeborenem Buphthalmus; es ist hier meist auch eine Verdünnung derselben eingetreten. Bei Cornealstaphylomen sieht man bisweilen den vorderen Abschnitt der Sclera gleichmässig ausgedehnt, besonders charakteristisch ist hier das Verstreichen der Rinne zwischen Cornea und Sclera.

Partielle Hervortreibungen kommen vor in der Nähe des Cornearandes, im conjunctivalen Theil und dicht neben dem Sehnerven. Letztere, zuerst von Scarpa als Staphyloma posticum beschrieben und später von Arlt als Begleitsymptom der Myopie erfasst, wurden bei den Refractionsanomalien besprochen (S. 73). Die an dem vorderen Abschnitt befindlichen Staphylome der Sclera haben eine bläulich-schwärzliche Farbe und entstehen durch Hervorbuchtung der verdünnten Sclera und der mit ihr verwachsenen Uvea. Bisweilen sitzen sie dicht am Hornhautrande zwischen Iris und Corp. ciliare (Staph. intercalare) und umgeben in seltenen Fällen als gewulsteter Ring die ganze Cornea. Die mehr äquatorial gelegenen Buckel können mit Chorioidealsarkomen, welche die Sclera hervordrängen, oder Gummata verwechselt werden. Doch sind bei focaler Beleuchtung die eigentlichen Staphylome meist durchscheinend und Licht durchlassend, was bei Geschwülsten nicht der Fall ist. Ebenso zeigen letztere beim Daraufdrücken einen grösssseren Widerstand: ein Symptom, dass auch sonst für Tumoren diagnostisch verwendbar ist. — Auch bei eitrigen Glaskörperentzündungen beobachtet man gelegentlich umschriebene Scleralbuckel, trotzdem es nicht immer zur Eiterperforation daselbst kommt. Das Sehvermögen ist in der Regel bei den umschriebenen Staphylomen fast ganz aufgehoben, da anderweitige Augenaffectionen, besonders glaukomatöse Processe daneben bestehen. Irgend welche operative Eingriffe, abgesehen vielleicht von der Sclerotomie zur Herabsetzung der Tension, sind zu vermeiden; aus kosmetischem Grunde kann die Enucleatio oder Exenteratio bulbi angezeigt sein. —

3. Verletzungen der Sclera.

Die mit mehr oder weniger scharfen und spitzen Instrumenten der Sclera beigebrachten Wunden sind meist mit gleichzeitiger Verletzung des Uvealtractus und der Netzhaut verknüpft. Glaskörperausfluss, Linsenverlust, Hineinfallen der Chorioidea und des Corp. ciliare sind bei grösseren perforirenden Traumen die Regel, ebenso Blutungen in vordere Kammer und Glaskörper. Selbst wenn kleinere Wunden anfänglich wenig gefährlich erscheinen, so kann doch nachträglich durch Einheilen der Netzhaut eine Ablösung derselben erfolgen. Dieses Einheilen der Netzhaut geschieht, wie Schöler's Experimente gezeigt haben, vorzugsweise durch eine bindegewebige Verbindung zwischen der sich in die Scleralwunde legenden Conjunctiva und der Netzhaut. Besonders gefährlich sind die Verletzungen, welche die Gegend des Corp. ciliare treffen, indem die eingeleitete Cyklitis oft sympathische Affection des anderen Auges zur Folge hat.

Rupturen der Sclera werden meist durch stumpfe Gewalt bewirkt. Wenn beispielsweise der untere vordere Theil der Sclera von einem stumpfen Körper heftig getroffen wird, so kommt eine Compression des Bulbus in der Richtung von unten-vorn durch den Mittelpunkt nach oben-hinten zu Stande. Der Inhalt des Augapfels weicht aus und spannt die Bulbuswände in dem auf dieser Stossachse senkrecht stehenden Aequator am meisten. Falls dieselben nicht gestützt werden, etwa durch das Orbitalfett oder die Muskeln, können sie platzen (Arlt): so finden wir denn in der That die meisten Scleralrisse, mehrere Millimeter vom Corneallimbus entfernt, äquatorial verlaufen. Häufig ist die Conjunctiva dabei unzerrissen. Es bleibt alsdann der ausgetretene Glaskörper oder die ausgetretene Linse unter der Conjunctiva.

Die anzuwendende Therapie bei Scleralwunden wird sich nach der Grösse, Art und Lage der Wunde richten. Ist die Wunde sehr gross, ist viel Glaskörper ausgeflossen, liegt Chorioidea in der Wunde und ist vor Allem das Corp. ciliare getroffen, so ist sofortige Enucleation oder Exenteration das beste Mittel. In solchen Fällen würden langwierige Entzündungen unausbleiblich sein, irgend ein in Betracht kommendes Sehvermögen ist nicht zu erwarten und die Gefahr einer sympathischen Affection drohend. Bei nicht zu grossen Wunden ist die Heilung zu versuchen; wenn möglich wird man hier die Scleral- oder mindestens die Conjunctivalwunde nach entsprechender Desinfection durch Nähte schliessen. Sodann pudert man etwas Jodoform ein und legt einen antiseptischen Druckverband an. Bei sehr heftigen Schmerzen wendet man Narcotica oder auch intermittirend mit dem Druckverband

Eisumschläge an. Die weitere Behandlung würde dieselbe wie nach Starextractionen sein. Sollten innere eitrige Entzündungen sich einstellen, so kann man Blutentziehungen und zeitweilig kalte Umschläge oder auch subconjunctivale Sublimat- oder Kochsalz-Injectionen versuchen; bei ausgesprochener eitriger Chorioiditis und Panophthalmitis pflegen Kataplasmen, die aber sehr klein und leicht sein müssen, oder beständige laue Umschläge schmerzmildernd zu wirken.

Durch Verbrennungen und Aetzungen werden bisweilen mit der Conjunctiva auch die oberflächlichen Schichten der Sclera zerstört, so dass die Uvea alsdann bläulich-grau durchschimmert. — Recht häufig kommen kleine eingesprengte Stein- und Pulverkörner in der Sclera nach Explosionen von Pulver- oder Dynamit-Patronen zur Beobachtung. Meist dringen die kleinen Partikelchen noch in den Glaskörper, die Iris und die Linse ein und bewirken schwere Entzündungen. Auf ein Herausholen aus dem Augeninnern ist hier in der Regel zu verzichten; oberflächlich in der Sclera sitzende Körner kann man entfernen. Ebenso dringen Eisenstückchen gelegentlich durch die Sclera in das Augeninnere (cf. Fremdkörper in Glaskörper).

4. Geschwüre und Geschwülste der Sclera.

In sehr seltenen Fällen sind in der Sclera perforirende Geschwüre beobachtet worden. — Ebenso sind primäre Geschwülste der Sclera — abgesehen von den oben besprochenen am Sclerallimbus — ausserordentlich selten; tuberculose, syphilitische, lepröse Granulationsgeschwülste ebenso wie Sarkome und Fibrome (Saemisch) wurden beschrieben. Die Gliome der Netzhaut ebenso wie die Sarkome der Chorioidea finden in der Sclera einen starken Widerstand und ergreifen sie erst sehr spät und partiell an. Bisweilen entwickeln sich durch Wanderung von Geschwulstelementen längs der Gefässscheiden oder Lymphwege episklerale Geschwülste, ohne dass die Sclera selbst ausgiebiger in die Geschwulst einbezogen ist. — Angeboren finden sich dunkelviolette oder schwärzlich-bräunliche Flecke (Melanosis sclerae), bisweilen mit ähnlichen Pigmentirungen an anderen Körperstellen.

Sechstes Kapitel.

Erkrankungen der Iris.

Die Anatomie der Iris findet sich bei der Anatomie des Uvealtractus S. 225.

1. Hyperaemia iridis.

Bei sehr vielen acuten Erkrankungen des Auges lässt sich secundär auch eine Hyperämie der Iris constatiren. So besonders bei acuten Granulationen, bei Blennorrhoe, bei Keratitis, bei Skleritis, bei Chorioiditis und Cyklitis. Aber auch nach äusseren Verletzungen, die andere Theile des Bulbus betreffen, sieht man sie auftreten. Die Hyperämie charakterisirt sich durch eine Farbenveränderung, die durch Zumischung von Rothgelb entsteht. Eine blaue Iris wird grünlich, eine graue mehr schmutzig-grün, eine braune und schwärzliche rothbraun. Bisweilen kann man übrigens ähnliche Farben-Veränderungen an hellen Regenbogenhäuten auch bei momentan vermehrtem Blutzufluss beobachten, z. B. während der Ausführung der Schieloperation. Auch bei Resorption subconjunctivaler Blutergüsse habe ich eine Verfärbung der Iris gesehen und zwar öfters local entsprechend dem Sitz des Hyposphagma; es ist hieraus ein Ueberwandern des Blutfarbstoffes abzunehmen. — Zur Hyperämie gesellt sich eine Verlangsamung in der Contraction (Trägheit) der Pupille auf Lichteinfall und Neigung zur Miosis. Zuweilen besteht ein leichter pericornealer Gefässring. Tritt letztere Injection aber stärker hervor, verliert das Irisgewebe seinen Glanz, so haben wir es mit wirklichen Entzündungen zu thun.

Der Verlauf ist verschieden, je nach der Grundursache der Affection. Zuweilen geht die Hyperämie schnell wieder zurück, zuweilen entwickelt sich eine Iritis.

Die Behandlung ist darauf gerichtet, letztere durch Bekämpfung des Grundleidens zu vermeiden. Vor Allem empfiehlt sich hier das Atropin.

2. Iritis.

I. Symptomatologie.

Verfärbung und Verlust des Glanzes bei Trägheit der Pupillenbewegung sind die charakteristischen Symptome der Regenbogenhautentzündung. Oft gesellen sich Enge der Pupille und Verwachsungen der Iris mit der Linsenkapsel (hintere Synechien) hinzu. Um letztere, welche eine unregelmässige Gestalt der Pupille veranlassen, zu constatiren, bedarf es bisweilen der Einträufelungen von Atropin. In chronisch verlaufenden Fällen kann die pericorneale Injection fehlen; dies ist zu beachten, da sonst die Affection leicht zum Schaden der Kranken übersehen wird.

A. Objective Symptome.

1) Hyperämie der Conjunctiva und des subconjunctivalen Gewebes. Bei sehr starker acuter Iritis legt sich ein etwa $1^1/_2$ bis 2 mm breiter violettrother Ring um die Cornea, an dem man kaum noch die einzelnen Gefässstämmchen unterscheiden kann. Auch die hinteren Conjunctivalgefässe sind bisweilen injicirt und stehen mit den vorderen pericornealen in Verbindung. Besonders in der allerersten Zeit der Entzündung findet sich eine mässige seröse Durchtränkung des subconjunctivalen Gewebes, selbst ein leichter chemotischer Ring um die Cornea.

2) Verfärbung der Iris. Die verschiedenen Farbennüancen sind schon bei der Hyperaemia iridis besprochen. Gelegentlich ist die Verfärbung nur partiell. Bei sehr chronischen, lange bestehenden Iriten oder Hyperämien (wie wir sie z. B. bei der Irido-Cyklitis, Netzhautablösung u. s. w. finden) kann die Iris eine papageigrüne Farbe annehmen.

3) Verlust des Glanzes. Eine normale Iris zeigt eine leicht glänzende Oberfläche, bei der Entzündung wird dieselbe matt und stumpf.

4) Auflockerung oder Atrophie des Gewebes. Einzelne Partien erscheinen geschwollen, oft haben dieselben einen besonders hervorstechenden gelben Farbenton, von eitriger Infiltration herrührend. Es kommen auch gelegentlich kleine Knoten von etwa Stecknadelkopf- bis Hirsekorngrösse vor, theils von intensiv gelblicher Färbung (Eiteranhäufungen), theils mehr röthlich (so bei Condylomen und Gummata) oder mehr weisslich (bei Tuberkeln und Lymphomen). Bei einer gleichmässigen Infiltration verliert sich die Färbung und feine Zeichnung der Iris.

In Folge lange bestehender Entzündung tritt nach Rückgang der Infiltration eine Atrophie der Iris ein, sie erscheint dünner und ohne ihre normale Zeichnung meist schiefergrau. Ein oder das andere dicke, rothe Gefäss ist in ihr zu erkennen.

5) Verengerung der Pupille. Die Miosis ist hauptsächlich durch die stärkere Blutfülle und damit verbundene Volumenzunahme des Gewebes zu erklären. So sehen wir auch nach Punctionen der vorderen Hornhaut mit Kammerwasserabfluss Verengerung der Pupille erfolgen, indem zugleich eine acute Hyperämie eintritt. Dass übrigens durch Reizung der Trigeminusfasern gleichzeitig reflectorisch eine Contraction des Sphincter iridis ausgelöst wird, dürfte nicht auszuschliessen sein. Es verbindet sich mit der Pupillenenge eine geringere Reactionsfähigkeit auf Licht und Mydriatica.

6) Hintere Synechien und Pupillarmembran. Die Verklebungen zwischen der Iris und Linsenkapsel sitzen in der Regel nur an umschriebenen Stellen des Pupillarrandes. Man erkennt sie an Unregelmässigkeiten und eckigen Verziehungen der Pupille. Ist die Pupille eng, so sind diese Abweichungen von der runden Form schwer zu sehen. Durch Beschatten des Auges erweitert man die Pupille alsdann und beobachtet ihre Gestalt. Wenn dies nicht genügt, so wendet man Mydriatica, besonders Atropin an. Indem die Iris sich jetzt auf ein geringes Volumen, nach ihrem Ciliaransatz zu, contrahirt, treten die Stellen, wo der Pupillarrand mit der Linsenkapsel verklebt ist, meist als zungenförmige, schwarze oder rostbraune Fortsätze hervor. Häufig ist es nur das hinterste Pigmentblatt, welches, in dieser Form haften bleibend, der Contraction des Irisgewebes nicht folgt. In den Fällen, wo schliesslich doch eine vollständige Lösung der Iris eintritt, bleiben dunkle radiäre Sectoren oder auch Punkte und Linien auf der Linsenkapsel zurück. So sieht man bisweilen einen kleinen schwarzen oder braunen Kreis auf der Linse, welcher der Stelle entspricht, wo früher der Rand der verengten Pupille gesessen hat. Im Laufe der Zeit verlieren diese Pigmentreste ihre intensivere Färbung. Wenn der Pupillarrand in seiner ganzen Ausdehnung angeheftet ist, besteht eine totale hintere Synechie. Bisweilen ist hierbei die ganze hintere Irisfläche mit der Linse verklebt, in anderen Fällen aber nur die Pupillarperipherie. Es treten alsdann durch Ansammlungen von Flüssigkeit in der hinteren Augenkammer buckelförmige Hervortreibungen der Iris auf, die, wenn sie bedeutend sind, die Irisfläche der Cornea nahe bringen, während der Pupillarrand und die Pupille kraterförmig tief liegen (Figur 151).

Die Pupille selbst kann mit Exsudaten bedeckt werden, indem die neugebildete Schicht, welche Pigmentblatt mit Linsenkapsel verklebt,

in das Pupillargebiet hineinreicht, oder indem sich direct Exsudate aus der vorderen Kammer absetzen. Weisslich-graue häutige Auflagerungen der Pupille werden als Pupillarmembranen bezeichnet. Auch kann es zu einem vollkommenen Verschluss der Pupille, Pupillensperre (Occlusio pupillae), durch ein undurchsichtiges Häutchen kommen.

7) Die Trübungen des Humor aqueus sind von sehr verschiedener Intensität, je nach der grösseren oder geringeren Zahl suspendirter Zellenelemente in der Kammerflüssigkeit. Oft scheidet sich eine Masse, von Fibrin und Eiterzellen gebildet, als gelbes Hypopyon ab. Das Hypopyon folgt hierbei dem Gesetz der Schwere und setzt sich am tiefsten Theile der vorderen Kammer ab: es hat eine halbmondförmige Gestalt, indem die Convexität der unteren Kammerbucht entspricht. Sehr kleine Hypopya sind schwer zu erkennen, da sie noch von dem Sclerallimbus verdeckt werden. Doch sieht man meist deutlich, dass an der untersten Stelle der Cornea die Peripherie der durchsichtigen Hornhautgrenze nicht mehr kreisrund ist, sondern eine kleine gelbliche Linie bildet. Oft gelingt die Wahrnehmung derartiger sehr kleiner Hypopya nur bei Lupenuntersuchung mit Anwendung schiefer Beleuchtung. Ein sehr gutes Hülfsmittel besteht darin, dass man durch in die Höheschieben des unteren Augenlides eine Schicht Thränenflüssigkeit über den unteren Hornhautrand bringt. Diese wirkt dann als Convexlinse und zugleich prismatisch. — Liegen die Kranken auf der Seite, so rücken die Hypopya nach der entsprechenden tiefstliegenden Seite der Kammer. Sie füllen bisweilen $^2/_3$ der vorderen Kammer aus; doch finden sich die grossen Hypopya häufiger bei secundären Entzündungen der Iris, bei Hornhautaffectionen (Ulcus serpens) oder eitriger Chorioiditis. Ohne ausgesprochene Iritis kommen Hypopya, abgesehen von Hornhautprocessen, auch bei Cyklitis vor: bei letzterer Affection aber nur in sehr geringer Masse und meist ephemer auftretend und verschwindend.



151.

Reine Blutergüsse in die vordere Kammer (Hyphaema) erfolgen fast nur bei Traumen der Iris. Doch habe ich sie auch nach Stickhustenanfällen gesehen. Kleine Blutstreifen zeigen sich zuweilen in den Eiterergüssen. Eine eigenthümliche Erscheinung findet sich gelegentlich in der Gestalt sogenannter linsenförmiger oder gelatinöser Exsudationen. Sie haben eine meist runde und linsenähnliche Form: die Farbe ist grau. Der erste Fall, den ich beschrieben, hatte täuschende Aehnlichkeit mit einer in die vordere Kammer luxirten, getrübten Linse. Die Resorption des Exsudats, dass sich aus einer ursprünglich ungeformten Trübung linsenähnlich gestaltet hat, geschieht

meist in einigen Tagen, indem vom Rande her, oft unter Zackenbildung, die Verkleinerung eintritt. Diese gelatinösen Exsudationen können bei den verschiedensten Formen von Iritis (syphilitische, traumatische [z. B. auch nach Kataraktoperationen] u. s. w.) beobachtet werden.

Auch Bläschen, die sich später verkleinern und zu Exsudathäutchen zusammenschmelzen, kommen vor.

8) Präcipitate an der hinteren Hornhautwand. Man sieht kleine, stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgrosse, grauweisse, zuweilen auch leicht bräunliche Präcipitate der Membrana Descemetii aufsitzen: bei einer grösseren Menge derselben spricht man von Descemetitis oder Hydromeningitis. Diese Präcipitate bestehen meist aus Fibrin und Rundzellen, die zum Theil Pigmentkörper enthalten. Die Contraction des Fibrins giebt ihnen wahrscheinlich die runde Form. Unter ihnen geht bisweilen das Endothel der M. Descemetii zu Grunde, während am Rande Regenerationsvorgänge desselben stattfinden. In einzelnen Fällen erstrecken sich von diesen Pünktchen aus nach vorn in die Hornhaut hinein Infiltrationen, die ebenfalls in Punktform auftreten. Es entsteht so eine secundäre tiefliegende Keratitis punctata.

Wenn sich in der Peripherie der Hornhaut dickere graue Auflagerungen an der Membrana Descemetii finden, so können sie mit dem anliegenden ciliaren Rande der Iris in Verbindung kommen und kleine knopfförmige Synechien bewirken.

9) Auch die Hornhaut zeigt bisweilen eine leicht diffuse oder strichförmige Trübung, die besonders bei schiefer Beleuchtung hervortritt.

B. Subjective Symptome.

Schmerzen sind bei den acuten Formen vorhanden und dann oft ungemein heftig. Sie haben ihren Sitz im Bulbus (Ciliarschmerz), strahlen aber von dort in die Stirn- und Schläfengegend aus, so dass eine förmliche Hemikranie auftreten kann; bisweilen ist eine Stelle auf der Mitte des behaarten Kopftheiles alleiniger Sitz des Schmerzes, es dürfte sich um die Endausläufer des N. frontalis (supraorbitalis) handeln. Gegen Abend oder des Nachts pflegen sie zu exacerbiren. Gemeinhin ist dann auch der Augapfel auf Druck in der Ciliargegend stark empfindlich, ohne dass jedoch hieraus allein die Diagnose auf Cyklitis gestellt werden dürfte. Die Lichtscheu ist vorzugsweise im Beginn der Krankheit und bei sehr acutem Auftreten belästigend.

Die Sehstörungen sind bedingt durch die optischen Hindernisse: Kammerwassertrübung, Hornhauttrübung oder Pupillarmembranen. Aber

auch eine gewisse Hyperämie der Papilla optica und Netzhaut, die man öfters bei Iritis findet, dürfte mit in Rechnung zu ziehen sein. Allerdings sind im Grossen und Ganzen die Sehstörungen annähernd entsprechend den optischen Störungen: ein Patient, der keine Pupillarmembran und nur mässige Trübung des Kammerwassers hat, liest mit convex 6·0 immer noch kleine Schriftproben; ebenso ist sein Gesichtsfeld frei. Herabsetzung der Sehschärfe oder Einschränkung des Gesichtsfeldes deuten auf Complicationen, meist mit Cyklitis, Glaskörpertrübungen, Retinitis, Sehnervenexcavation u. s. w. — Bei starker Entzündung darf man weder die Sehprüfung noch die Augenspiegeluntersuchung zu eingehend und langdauernd machen. Bezüglich ersterer genügt meist das Lesenlassen in der Nähe mit einem Convexglas (letzteres wird zum Ausgleichen etwaiger Refractionsanomalien benutzt).

Allgemeinerscheinungen, wie Fieber, Uebelkeit und Erbrechen, sind im Ganzen selten.

II. Verlauf und Ausgänge.

Man unterscheidet acute und chronische Formen der Iritis. Die ersteren treten unter erheblichen Schmerzen, Lichtscheu, Thränenträufeln auf, zeigen meist starke pericorneale Injection, selbst leichte Chemosis der Conjunctiva. Später bilden sich Exsudationen in der vorderen Kammer, Hypopyen oder hintere Synechien. Sie verlaufen in etwa vier bis sechs Wochen. Die chronischen Formen dauern viel länger und werden leicht wegen ihrer wenig alarmirenden Symptome übersehen. Die entzündlichen Erscheinungen sind gering, oft fehlen sie ganz, so die Schmerzen und die ausgeprägtere pericorneale Injection. Allerdings sieht man bei genauerer Beobachtung, dass bei einem das Auge treffenden Reiz eine abnorme pericorneale Röthe, auch Thränen sich zeigen. Doch kommt es oft zu einer circulären Synechie und erheblichen Herabsetzung des Sehvermögens, ohne dass die Patienten die Empfindung eines schweren Augenleidens haben.

Die Iritis kann vollständig heilen. Das Gewebe wird wieder normal und die entzündlichen Producte verschwinden. Oder auch die Entzündung hört auf, aber es sind hintere Synechien (partielle oder totale) oder Pupillarmembranen zurückgeblieben. Partielle hintere Synechien lösen sich bisweilen noch nachträglich unter lange fortgesetzter Atropinisirung. Man hat ihnen einen besonderen Einfluss auf die Herbeiführung von Recidiven, zu denen die Iritis überhaupt neigt, zugeschrieben. Und in der That zeigen Augen mit hinteren Synechien, wie auch eine Zusammenstellung von Horstmann lehrt, etwas häufiger Rückfälle von Iritis. Die Ursache mag wohl in den Zerrungen liegen,

denen die Regenbogenhaut bei den Bewegungen der Pupille an der Stelle der Verwachsungen ausgesetzt ist. Andererseits ist aber die Gefahr der partiellen Synechien vielfältig überschätzt worden; trotz ihres Vorhandenseins bleiben Rückfälle oft dauernd aus.

Entschieden gefährlich aber für das Auge sind die totalen hinteren Synechien, die zu einem Pupillenabschluss führen (Seclusio pupillae). Hier kommt es, falls die Iris nicht mit ihrer ganzen hinteren Fläche mit der Linsenkapsel verklebt ist, wie bereits oben erwähnt, zu mehr oder weniger starken Hervorbuckelungen durch Anhäufung von Flüssigkeit in der hinteren Kammer. Dazu gesellt sich in der Regel Secundärglaukom mit Drucksteigerung und Sehnervenexcavation. In anderen Fällen und besonders dort, wo eine ausgedehnte Flächenverklebung stattfindet, treten öfters secundär cyklitische Erscheinungen, besonders durch Glaskörpertrübungen erkennbar, auf. Hier wird der Bulbus meist weich und die Linse kataraktös; jedoch bleiben in einer Reihe von Fällen diese schweren Folgen aus.

Pupillarmembranen, die zurückbleiben, haben eine sehr verschiedene Dicke; sie sind bald weisslich und papierähnlich, bald so dünn und durchsichtig, dass sie nur mit schiefer Beleuchtung erkannt werden können. Hinter ihnen trübt sich zuweilen die Linse, und es kommt zu umschriebenen Kapsel- bezw. Kapsellinsenstaren, Formen, die als Cataracta accreta, spuria oder lymphatica bezeichnet werden. Ausgedehntere Kataraktbildung tritt meist nur bei Complicationen der Iritis mit Cyklitis oder Chorioiditis auf.

Mikroskopisch finden sich bei Iritis zahlreiche Rundzellen und Kerne im Gewebe, zum Theil zu Knötchen verdichtet, daneben kleine Blutungen. Die Gefässe sind stark gefüllt; bei der syphilitischen Iritis besteht Endarteriitis und Perivasculitis. Das vordere Endothel der Iris ist zerstört oder gewuchert. Später kann bindegewebige Degeneration eintreten mit Schwund der Pigmentzellen. Aus Fibrin und Rundzellen, denen Pigmentkörnchen beigemischt sind, bestehende Exsudate werden auf die Oberfläche und in die vordere und hintere Kammer abgesetzt; sie können sich auch zu grauweisslichen Häutchen organisiren. Verwachsungen der Iris mit diesen oder einfache Verklebungen der Pigmentschicht mit der Linsenkapsel führen zu hinteren Synechien.

Complicationen. In einzelnen Fällen gesellt sich eine ausgeprägtere Affection der Cornea zur Iritis und zwar dann meist durch Vermittelung der Membr. Descemetii. Von grösserer Bedeutung aber sind die secundären Erkrankungen der hinteren Partien des Uvealtractus. Vor Allem zeigen auftretende Glaskörpertrübungen ein Fortschreiten des Processes auf das Corpus ciliare und die Chorioidea an.

Ist eine ophthalmoskopische Untersuchung nicht möglich, so wird durch eine unverhältnissmässige Herabsetzung der Sehschärfe und etwaige Gesichtsfelddefecte Verdacht erregt werden.

Auch dauernde Schmerzhaftigkeit des Corp. ciliare auf Druck findet sich bei secundärer Cyklitis. Man kann die bezügliche Prüfung mit dem Finger oder mit dem Sondenknopf vornehmen. Es ist auffallend, dass überwiegend häufig Stellen der oberen Hälfte des Bulbus empfindlich sind, selten solche in der unteren Hälfte. Aber wie schon erwähnt, finden sich auch bei einfacher Iritis öfters derartige Points douloureux, die später wieder verschwinden. Für eine acute Affection des Corp. ciliare spricht nur die dauernde Schmerzhaftigkeit, besonders wenn eine intensive episklerale Röthe oder Oedem den Stellen der schmerzhaften Punkte entspricht. Bei chronisch gewordener Iridocyklitis können übrigens auch die Schmerzen — sowohl spontan als auf Druck — fehlen.

Von hoher Bedeutung ist weiter die Spannung des Bulbus. Da die Ernährung des Glaskörpers durch Erkrankung des Uvealtractus verändert wird, sieht man auch abnorme Tensionsverhältnisse auftreten. Während bei einfacher Iritis der Bulbus normale oder sogar etwas erhöhte Spannung zeigt, pflegt bei Cyklitis die Tension nach einem kurzen, aber nicht constanten Stadium der Zunahme bald herunterzugehen.

Bei chronischer Iridocyklitis wird der Bulbus ganz weich. Gleichzeitig bilden sich dann die Veränderungen heraus, die wir bei der sympathischen Iridocyklitis kennen lernen werden. —

Bei secundärer Iridochorioiditis, speciell der serösen Form, ist meist eine länger dauernde Spannungsvermehrung vorhanden, es kann selbst eine so hohe Drucksteigerung auftreten, dass wir vollständig das Bild des Glaukoms mit Sehnervenexcavation finden. Uebrigens sind bei der serösen Iridochorioiditis anfänglich, aber durchaus nicht immer, Veränderungen der Chorioidea ophthalmoskopisch nachweisbar. Auch dürfte stets das Corp. ciliare in gewissem Grade mitbetheiligt sein, da ein Ueberspringen desselben, indem die Iritis direct auf die Chorioidea überginge, unannehmbar erscheint. Es wird deshalb auch von manchen Autoren zwischen den hier in Rede stehenden Erkrankungen keine strenge Grenze gezogen, wenngleich meist die Affectionen, welche bei längerem Bestehen Tensionszunahme zeigen, als Iridochorioiditis, die mit Tensionsabnahme als Iridocyklitis bezeichnet werden. —

Es lassen sich nach ihrem Auftreten und Verlauf verschiedene Formen der Iritis unterscheiden. Doch kommen öfters Uebergänge vor.

Iritis simplex seu plastica.

Hier besteht besonders die Tendenz zu Verwachsungen des Gewebes mit der Linsenkapsel. Tiefere Veränderungen in der Regenbogenhaut selbst sind gemeinhin nicht vorhanden; so fehlen eitrige Infiltrationen, Hypopya — wenigstens in grösserer Ausdehnung — und intensive Kammerwassertrübungen. Doch ist die Iris verfärbt, matt, oft leicht geschwellt, die Pupille träge. Pericorneale Röthe ist in den acuten Fällen vorhanden; in den chronischen fehlt sie oft vollständig. Fast alle chronischen Formen, sobald sie ohne vorangegangenes acutes Stadium sich entwickeln, haben den Charakter der plastischen Iritis und führen oft unbeachtet zu den ausgedehntesten Synechien. Später atrophirt dann das Gewebe, verliert seine Structur, seine Farbe und seinen Glanz.

Iritis serosa (Uveitis).

Bei der serösen Iritis tritt eine seröse Hypersecretion in den Vordergrund, die zu einer Vermehrung des Kammerwassers führt. Die vordere Kammer wird tiefer, das Kammerwasser ist mässig trüb. Auf der Hinterfläche der Cornea finden sich punktförmige Niederschläge (Descemetitis). Diese sind nicht immer leicht zu sehen, bisweilen bedarf es dazu der Lupenvergrösserung. Auch ist es oft nützlich, mit dem Augenspiegel bei einfallendem Lichte und unter Zuhülfenahme einer starken Convexlinse hinter dem Spiegel zu untersuchen; ähnlichen Vortheil bietet es, wenn man im umgekehrten Bilde untersuchend die hintere Hornhautfläche in den Brennpunkt des Convexglases bringt. In Folge der Beschläge kann es bei längerem Bestehen der Krankheit und häufigeren Recidivirungen zu ausgeprägten Hornhauttrübungen kommen. Das Irisgewebe ist relativ wenig ergriffen, allerdings verfärbt und stumpf, aber kaum geschwollen. Am Ciliarrande treten bisweilen durch Vermittlung kleiner, grauer, knötchenförmiger Exsudationen Verklebungen mit der Hornhautperipherie ein. Die Pupille kann im Anfang noch verhältnissmässig weit sein, später folgen Verengerung und Verwachsungen. Wegen des Mangels stärkerer iritischer Erscheinungen und der häufigen Mitbetheiligung der übrigen Uvea, die auch durch den anatomischen Befund reichlicher Zelleneinlagerung erwiesen ist (Knies), wird diese Affection von Einzelnen als Uveitis bezeichnet. Auch Glaskörpertrübungen sind nicht selten. Die Spannung des Bulbus kann sich erhöhen, selbst eine Druckexcavation der Sehnerven ist zu befürchten. Die Affection wird beim Fehlen stärkerer Injection am Bulbus gar nicht selten übersehen, und erst die Seh-

störungen, welche in Folge der Beschläge auf den M. Descemetii ziemlich hochgradig sein können, machen auf sie aufmerksam. Der Verlauf ist ungemein langwierig, erstreckt sich über viele Monate und neigt sehr zu Rückfällen. Selbst nach Jahren kann man oft noch Reste der Beschläge sehen. Secundär entwickelt sie sich gelegentlich bei pannöser und parenchymatöser Keratitis, wenn auch nicht in aller Reinheit.

Iritis suppurativa.

Man findet eine deutliche Schwellung und Verdickung der Regenbogenhaut mit erheblicher Verfärbung, die durch Eiterbildung in dem Gewebe selbst bedingt ist. An einzelnen Stellen können kleine Knötchen von leicht gelblichem Ton entstehen, die das umliegende ebenfalls intensiv alterirte Gewebe in etwas überragen. Meist haben diese dickeren Knötchen ihren Sitz an der Pupillargrenze und gern bilden sich von ihnen aus hintere Synechien. Zur Hypopyonbildung besteht eine ausserordentlich grosse Neigung, und es ist dies die Form, bei welcher der Eitererguss seine grösste Ausdehnung erreicht. Zuweilen setzt sich der Process auf die Chorioidea fort und kann auch hier zu eitrigen Processen (Chorioiditis suppurativa) führen, die dann eine vermehrte Schwellung des subconjunctivalen Gewebes und — in ausgeprägter Form — auch Protrusion des Bulbus veranlassen. Im Ganzen ist diese Form sehr selten; Traumen, locale Infectionen (bei Irisprolaps, Ulc. serpens) oder kachektische Zustände nach schweren Erkrankungen liegen meist zu Grunde. Secundär tritt sie auch nach eitriger Chorioiditis auf. Sie ist erheblich gefährlicher als die einfache Regenbogenhautentzündung. Meist verfällt auch das Gewebe nach abgelaufenem Process in einen Zustand mässiger Atrophie.

Iritis syphilitica.

Bei Syphilis kann die Regenbogenhautentzündung in verschiedener Form auftreten. Die hier speciell als condylomatös (gummös) bezeichnete ist eine plastische Iritis mit Bildung umschriebener stecknadelkopf- bis hirsekorngrosser (papulöser) Hervorragungen. Letztere unterscheiden sich von den umschriebenen Knötchen, wie sie bei eitriger Iritis öfters vorkommen, besonders dadurch, dass sie auf einem relativ wenig infiltrirten und veränderten Gewebe knopfförmig emporwachsen. Dabei besteht sehr selten eine Hypopyonbildung. Die Farbe ist meist röthlich, rothbräunlich. Ihre mikroskopische Untersuchung hat eine ähnliche Zusammensetzung ergeben, wie die der Gummata und Condylome an anderen Körpertheilen. Eine Unterscheidung beider lässt sich in der Iris weder mikroskopisch (Widder) noch klinisch machen, wenn man nicht das Stadium der Syphilis in Betracht zieht. So habe ich

auch Knoten im Ciliartheil bezw. im Corp. ciliare, die meist als Gummata aufgefasst werden, ohne käsigen Zerfall zurückgehen sehen. Auf der Iris entsteht hierbei ein weissgraues, der Linsenkapsel adhärirendes Narbengewebe. — Die Knötchen haben ihren Sitz meist am Pupillarrande, können aber auch zuweilen die Peripherie einnehmen. Auch im Corp. ciliare und in der Chorioidea kommen sie vor und wachsen bisweilen hinter der Corneascleralgrenze nach aussen. Die Sclera buchtet sich dann an einer umschriebenen Stelle hervor und zeigt daselbst eine leicht graublaue Färbung. In einigen Fällen habe ich auch hierbei Heilung eintreten sehen.

Die Behauptung einiger Autoren, dass diese condylomatöse Iritis nicht pathognomonisch für Lues sei, lässt sich nur so verstehen, dass in gewissen Fällen condylomaähnliche Knoten vorkommen, die syphilitische Producte vortäuschen Von 47 an syphilitischer Iritis leidenden Augen, die ich zusammengestellt, zeigten 7 knotenförmige Wucherungen. Die knötchenförmige sowohl, als die einfache syphilitische Iritis tritt in der Regel zur Zeit der secundären Periode (Ricord) auf, meist im Verein mit Haut- oder Schleimhautaffectionen. Ich ziehe daher, und nachdem auch durch die mikroskopischen Untersuchungen die früher angenommene gummöse Structur sich als nicht charakteristisch erwiesen hat, für erstere den Namen condylomatöse Iritis vor; die Bezeichnung gummöse kann man sich aufsparen für Fälle, wo — es ist dies aber eine grosse Ausnahme — die Knötchen in tertiären Stadien der Syphilis auftreten.

Die nichtknötchenförmige Form der syphilitischen Iritis hat klinisch nichts Charakteristisches; jedoch fand Fuchs mikroskopisch in einem Falle, wo während der Krankheit condylomatöse Hervorragungen fehlten, eine Reihe abgegrenzter kleiner Knoten, die peripher aus kleinsten Zellen, central aus Riesenzellen bestanden. Alle syphilitischen Entzündungen der Iris zeichnen sich durch grosse Plasticität aus. Hypopya sind hingegen ausserordentlich selten; unter 47 Fällen habe ich sie nur zweimal gesehen. Die Schmerzen sind oft sehr heftig, besonders Nachts, und erstrecken sich über den ganzen Kopf; doch rühren sie nicht immer von der Augenaffection her, sondern hängen auch mit sonstigen syphilitischen Affectionen zusammen.

Complicationen mit Retinitis sind öfters vorhanden, allerdings nicht immer mit ausgeprägteren Formen derselben. Hyperämie der Papille und Netzhaut (Netzhautreizung, Schnabel) sind in frühen Stadien der Lues, ohne dass andere Augenaffectionen daneben bestehen, häufig. Descemetitis, umschriebene, graugelbe, tiefliegende Hornhautinfiltrate kommen ebenfalls zur Beobachtung, häufiger noch Glaskörpertrübungen und Chorio-Retinitis. Meist wird anfänglich nur ein Auge ergriffen. — Der Verlauf dieser Affection ist im Ganzen nicht ungünstig; jedoch

sind gummöse beziehentlich condylomatöse Knoten des Corp. ciliare, welche die Sclera hervortreiben, sehr bedenklich, da es bei ihnen leicht zur Phthisis bulbi kommt. Immer besteht grosse Neigung zu Recidiven. Falls der Sehnerv und die Netzhaut betheiligt sind, kann das Sehvermögen stark herabgesetzt werden. Hingegen habe ich hochgradige Schwachsichtigkeiten, die vorzugsweise durch complicirende dicke Glaskörpertrübungen bedingt waren, sich auffallend bessern sehen. Im Grossen und Ganzen haben Untersuchungen, die ich darauf hin richtete, ergeben, dass circa 50 Procent der Patienten nach überstandener Iritis syphilitica weniger als halbe Sehschärfe besitzen.

III. Aetiologie.

Die Iritis kommt als primäres Leiden am seltensten im kindlichen Lebensalter vor (zuweilen bei congenitaler Lues), am häufigsten im mittleren. Sie kann auf einem Auge allein oder auf beiden zugleich oder kurz nacheinander sich zeigen. Manche Autoren meinen, das linke Auge sei häufiger als das rechte afficirt (Arlt, Ammon), ferner dass Männer häufiger befallen würden, als Frauen.

Als Ursache sind zu nennen:

1) Directe Verletzungen: Wunden, Stiche oder Contusionen. Auch in Folge von Operationen tritt Iritis auf, so nach Kataraktextractionen und nach Discissionen. Ebenso können in die vordere Kammer gedrungene Fremdkörper (Cilien, Steinfragmente, Raupenhaare u. dergl.) sie veranlassen. 2) Nach anderen Augenkrankheiten durch Fortsetzung des Processes; besonders bei Blennorrhoen, Diphtheritis, wo die Cornea gemeinhin vorher afficirt wird; oft bei Keratiten und hier vielleicht am häufigsten bei der Hypopyonkeratitis. Auch von der Chorioidea aus kann sich der Process nach vorn hin — wenn auch selten — auf die Iris erstrecken. 3) Einwirkung von Erkältung. Oft sind gleichzeitig rheumatische Schmerzen an anderen Körpertheilen vorhanden. Dass speciell gern die seröse Iritis aus rheumatischer Ursache hervorgeht, wie einige wollen, scheint nicht unbegründet. 4) Scrophulose; auch hier sind häufig gleichzeitig Cornealaffectionen vorhanden. 5) Syphilis. 6) Tuberculose. 7) Diabetes. 8) Gicht (Galezowski, Hutchinson). 9) Tripper; doch kommt die Iritis hier nur selten vor, gewöhnlich nur dann, wenn gleichzeitig Tripperrheumatismus besteht oder vorangegangen ist. 10) Gewisse kachektische Zustände in Folge mangelhafter Ernährung oder nach schweren Allgemeinleiden (Typhus, Variola, Febr. recurrens, Tuberculose, Nephritis, bei Anämie u. s. w.). Nach Influenza habe ich besonders oft Iritis serosa auftreten sehen. 11) Krankheiten der Circulationsorgane. 12) Auch als sympathische Affection wird die Iritis nicht selten beobachtet.

IV. Therapie.

Als hauptsächliche locale Mittel, die wir bei Iritis anwenden, sind die Mydriatica (Atropin, Scopolamin etc.) anzuführen. Man sucht durch häufiges Einträufeln eine möglichst maximale Erweiterung der Pupille zu erreichen. Doch ist dies nicht immer möglich. Selbst in den schwersten Fällen lassen wir daher nicht öfters als 3 bis 4mal am Tage eine einprocentige Atropin-Lösung instilliren, aber in der Weise, dass jedes Mal dreimal hintereinander in Zwischenräumen von fünf Minuten die Einträufelung stattfindet. Bisweilen wirkt das Einlegen von Atropin-Gelatine-Plättchen noch kräftiger. Ist der Process weniger acut oder die Pupille weit, so beschränken wir die Häufigkeit der Anwendung. Es ist unrichtig, etwa so häufig einträufeln zu wollen, bis die Synechien sich lösen, da eben manche Synechien überhaupt nicht mehr zu lösen sind. Wird das Atropin nicht vertragen, so sind andere Mydriatica anzuwenden.

Sind heftige Schmerzen vorhanden, ist besonders die Ciliargegend auf Druck empfindlich, so lässt man 2 bis 4 Blutegel an die Schläfe setzen. Sehr häufig erfolgt schnelles Nachlassen der Schmerzen; man findet nicht selten, dass nunmehr auch bessere Atropinwirkung zu constatiren ist. Cocaïn-Einträufelungen, abwechselnd mit Atropin, verstärken bisweilen die Wirkung des letzteren und lindern die Schmerzen. Auch laue Kamillentheeumschläge, mehrere Male eine halbe Stunde lang gemacht, oder das Auflegen von Thermophoren sind vortheilhaft; in einzelnen Fällen aber steigern sie die Beschwerden. Man lässt sie alsdann fort, ebenso wenn eine zu starke Injection oder Chemosis ihnen folgt. In einer Reihe von Fällen erwiesen sich mir subconjunctivale Kochsalzinjectionen von Nutzen. — Als ableitendes und antiphlogistisches Mittel ist das Einreiben der Arlt'schen Stirnsalbe in die Stirngegend beliebt; auch Bepinselungen mit Jodtinctur auf Stirn und Schläfe empfehlen sich. Für Nachtruhe sorgt man nöthigenfalls durch Narcotica.

Besonders streng antiphlogistisch muss das Verfahren sein, wenn sich Cyklitis oder Chorioiditis hinzugesellt. Hier ist oft eine schnelle Mercurialisation angezeigt. Was das Allgemeinverhalten betrifft, so ist bei allen acuteren Fällen der Patient im verdunkelten Zimmer und selbst im Bett zu halten. Dabei leichte, entziehende Diät und Regelung des Stuhlganges.

Für die einzelnen Formen und ätiologischen Momente treten noch besondere therapeutische Indicationen hinzu. So empfehlen sich bei Iritis aus rheumatischen Ursachen Schwitzkuren mit Natr. salicylicum (1 bis 2 g in $^1/_3$ Liter warmen Wasser). Auch Pilocarpineinspritzungen können, besonders wenn Complicationen mit Glaskörper-

trübungen vorhanden sind, zu gleichem Zwecke gemacht werden. Jedoch collabiren schwächliche Patienten bei Anwendung dieses Mittels leicht; selbst acute Delirien mit Hallucinationen habe ich bei der Cur auftreten sehen.

Bei der eitrigen Iritis ist öfters eine energische Schmiercur indicirt, um einen Uebergang auf den hinteren Uvealtractus zu vermeiden, oder auch dann, wenn derselbe schon eingetreten ist.

Die Entleerung des Hypopyon mittels der Paracentese richtet sich nach der Grösse des Eiterergusses und der Beschaffenheit des Kammerwassers. Ist das Hypopyon so gross, dass es fast die Hälfte der Kammer füllt, so ist kaum eine Resorption zu erwarten; doch thut man gut, die Höhe der Entzündung erst vorübergehen zu lassen, da sonst wieder eine Neubildung des Hypopyon erfolgt.

Bei der Iritis serosa wirken wiederholte Paracentesen oft günstig zum Theil dadurch, dass das abfliessende Kammerwasser die Beschläge der M. Descemetii mit abspült. Um einer Tensionssteigerung vorzubeugen giebt man Cocaïn neben Atropin. Nimmt diese Tension dennoch zu und dabei die Sehschärfe ab, so sind ebenfalls wiederholte Paracentesen zu machen. Die Iridectomie führe man nur im Nothfall aus, da sie das Sehvermögen öfters dauernd verschlechtert. Selbst in den Fällen, wo ausgedehnte hintere Synechien bestehen, vermeide ich sie meist; jedenfalls wird man sie bei Erkrankung beider Augen vorläufig nur an einem Auge ausführen. Ich habe öfters beobachtet, dass das operirte Auge schliesslich das schlechter sehende war und gerade so wie das nicht-operirte von Recidiven befallen wurde. Unter Berücksichtigung des Allgemeinbefindens können Schwitzcuren oder subcutane Sublimat-Injectionen öfters nützlich werden.

Bei der condylomatösen Iritis sowie bei allen aus Lues hervorgegangenen muss eine antisyphilitische Behandlung eintreten. Man reibt Ung. cinereum (3 bis 4 g) ein oder macht Sublimateinspritzungen. Innerliche Medication ist bei acuten Fällen weniger angezeigt; hingegen kann bei chronischem Verlauf Sublimat oder Jodquecksilber mit Vortheil gegeben werden.

Die Condylome der Iris sind besonders rebellisch; in sehr bösartigen Fällen habe ich von häufig wiederholten Paracentesen noch Erfolg gesehen. —

Ist die Iritis geheilt, so wird man gut thun, noch mehrere Wochen lang Atropin einträufeln und das Auge schonen zu lassen, um Rückfälle zu vermeiden. Daneben ist auch eine fortgesetzte Behandlung etwaiger Constitutionsanomalien, die für die Iritis ätiologische Bedeutung hatten, am Platze. Vereinzelte Synechien erfordern meist kein besonderes Einschreiten. Zum Theil lösen sie sich unter der fortgesetzten Atro-

pinisirung. Ist jede entzündliche Reizung verschwunden, so kann man noch abwechselnde Einträufelung von Atropin und Eserin dagegen versuchen. Treten öfters Recidive auf, so dass eine directe Schädlichkeit in dem Fortbestehen der Synechie mit einiger Wahrscheinlichkeit zu suchen ist, so ist ihre Lösung (Corelyse) oder die Iridectomie empfohlen worden. Im Allgemeinen habe ich aber von diesen Operationen keinen besonderen Nutzen auf Ausbleiben der Recidive gesehen und vermeide sie möglichst, wenn keine totale Synechie vorliegt.

Nach Passavant verfährt man bei der Corelyse so, dass nach Eröffnung der vorderen Kammer durch einen peripheren Lanzen-Hornhautschnitt die Iris mit einer nichtgezahnten Irispincette an der Stelle der Synechie gefasst und von der Linse abgezogen wird. Ich habe das Verfahren öfters geübt, doch sind Wiederverklebungen nicht selten und wird es nur bei sehr umschriebenen Synechien zu empfehlen sein. Nach Streatfield und Weber löst man mit einem stumpfen Haken, der zwischen Linse und Hinterfläche der Iris geführt wird, die Verwachsungen; man muss sich aber vor einer Verletzung der Linsenkapsel hüten. Durchschnittlich wird man besser thun, in den zur Operation nöthigenden Fällen die Iridectomie auszuführen, und sie, um optisch möglichst wenig zu schaden, nach oben oder unten zu legen. Dennoch ist meist eine gewisse Verschlechterung des Sehvermögens danach zu constatiren, indem einerseits durch die künstliche Vergrösserung der Pupille Blendungserscheinungen veranlasst werden und andererseits auch astigmatische Störungen in Folge einer Krümmungsveränderung der Hornhaut hervortreten können. Man vermeidet bei der Operation gern die Stelle, wo die Synechie sitzt, da bei starker Verwachsung die Linsenkapsel bei dem erforderlichen Anziehen der Iris verletzt werden kann oder in anderen Fällen das Pigmentblatt haften bleibt. Der Zweck einer freieren Pupillenbewegung wird durch jedes künstliche Colobom erreicht, gleichgültig, wo es sitzt.

Bei totaler hinterer Synechie muss iridectomirt werden, wenn die Iris hervorgewölbt und der Druck gesteigert ist. Nur auf diese Weise kann das Auge erhalten werden. Besteht hingegen eine Verklebung der ganzen hinteren Irisfläche mit gleichzeitiger Iridocyklitis, so verzichte man lieber auf die Iridectomie; ich habe selbst bei vorhandener Hypertonie eine Verschlechterung unter gleichzeitigem Eintritt von Hypotonie beobachtet. Besteht letztere, so ist schon an und für sich die Iridectomie contraindicirt. Im Uebrigen erreicht man es in diesen Fällen auch meist nicht, die Iris in ihrer ganzen Dicke zu excidiren, indem das Pigmentblatt auf der Linsenkapsel haften bleibt. Anders verhält es sich in den Fällen, wo ausserdem Katarakt besteht: hier extrahirt man letztere mit gleichzeitiger Iris-Excision nach der Wenzel'schen Methode (vgl. S. 387).

3. Motilitätsstörung der Iris.

Mydriasis. Die Pupillenerweiterung kann eine spastische (Reizung des Sympathicus mit Contraction des Dilatator iridis) oder eine paralytische (Lähmung des Oculomotoriusastes für den Sphincter iridis) sein. Nicht immer lässt sich zwischen beiden eine sichere Unterscheidung treffen. Die Mydriatica (Atropin etc.) wirken durch Lähmung des Sphincter und Reizung des Dilatators: die Grösse der Pupille übertrifft demnach erheblich diejenige, welche auf einer einfachen Lähmung beruht. Letztere sehen wir vorzugsweise bei Erkrankungen des Centralnervensystems, die den Oculomotorius mit in ihren Bereich ziehen: hier ist auch gleichzeitig oft der Accommodationsmuskel gelähmt (Ophthalmoplegia interna). Besonders basale Geschwülste, Gummata kommen in Betracht. Ausserdem tritt bei Syphilis noch im späteren Lebensalter nicht allzu selten eine einseitige Lähmungs-Mydriasis auf ohne sonstige Lähmungserscheinungen, die in der Regel zeitlebens besteht. Auch nach Diphtherie finden wir, wenn auch erheblich weniger oft als eine Accommodationslähmung, die Pupillenlähmung. Ebenso nach Fleisch- oder Fisch-Vergiftungen. Zweifelhaft ist, ob die einseitige Mydriasis bei Tabes und progressiver Paralyse der Irren eine Folge von Sphinkter-Lähmung ist; Arndt führt sie auf Sympathicusreizung zurück.

Galvanisationen und Reizungen des Halssympathicus bewirken, wie Eulenburg's und meine Versuche sowie operative Eingriffe gezeigt haben, Pupillenerweiterungen und so findet man letztere auch öfters bei der Form der Migräne, die auf SympathicusAffection zurückgeführt wird. Einseitige periodische Mydriasis, bald kommend, bald schwindend, beobachten wir bisweilen bei Leuten, die später an einer Geisteskrankheit oder an Tabes erkranken.

Es wird auch angegeben, dass nach peripherer Reizung (so durch Würmer im Darm [Quaglino], Uterinleiden [Mannhardt]) reflectorisch Mydriasis auftreten kann.

Eine traumatische Mydriasis entsteht oft nach Contusionen des Bulbus. Die Pupille ist hierbei unregelmässig erweitert, indem ein Theil der Iris bei dem Trauma besonders gezerrt wurde. Man kann sich dies so erklären, dass der Fremdkörper an der Stelle, wo er die Sclera traf, diese einbuchtete und den Ciliartheil der Iris somit nach hinten zog. Die Contraction der Iris, wie sie bei dem Antreffen in Folge Trigeminusreizung reflectorisch erfolgte, bildete das Gegengewicht zu dieser Einbuchtung: in Folge dessen wurden die betreffenden Iristheile gezerrt und litten in ihrer Function; bei noch heftigerer Zerrung kommt es zu einer Abreissung der Iris vom Ciliarkörper (Iridodialyse). Dass es sich bei der traumatischen Mydriasis neben der Erschütterung

der Oculomotoriusfasern noch um locale Veränderungen des Gewebes handelt, zeigt sich daran, dass die betreffende Stelle weder auf Atropin noch Eserin entsprechend reagirt, während die übrigen Theile der Pupille sich erweitern und verengern. Spuren dieser Mydriasis bleiben oft noch sehr lange Zeit zurück. — Erblindete Augen haben meist weite Pupillen, die auf Licht nicht reagiren. Uebrigens ist das Vorhandensein einer etwas grösseren Pupille an einem Auge nicht eben allzu selten und öfters auf Anisometropie — (bei myopischen Augen ist die Pupille häufig weiter als bei emmetropischen oder hypermetropischen) — oder auch auf Schwachsichtigkeit des betreffenden Auges zurückzuführen; zuweilen ist die Ungleichheit auch angeboren.

Die Beschwerden sind gewöhnlich unbedeutend. Die Therapie ist gegen das Grundleiden zu richten. Oertlich kann Eserin versucht werden.

Miosis (*μείωσις*, Verengerung), Pupillenverengerung. Im Alter verengen sich die Pupillen oft auffallend. Die Miosis kann als spastische bedingt sein durch Contractionen des Sphincter iridis oder als paralytische durch Lähmung der Dilatatorfasern. Erstere kommt bei Anwendung von Mioticis und einzelnen Allgemeinvergiftungen (Opium, Nicotin, Alkohol) vor, ebenso bei manchen hysterischen Anfällen; letztere besonders bei Rückenmarksleiden. Auch die Miosis in dem Horner-schen Symptomen-Complex (Ptosis und Miosis; cf. Ophthalmomalacie) ist paralytischer Natur.

Bei Tabes reagirt häufig die miotische Pupille nicht mehr auf Licht, wohl aber auf Accommodations- und Convergenz-Impulse: reflectorische Pupillenstarre (Argyll Robertson). Dieses Fehlen der Pupillenreaction auf Licht bei Erhaltenbleiben accommodativer Verengung findet sich auch häufig bei der progressiven Paralyse der Irren, bisweilen bei Syphilis, im Typhus u. s. f.; die Pupille ist dabei nicht immer verengt. —

Da bei einseitiger Lähmungs-Mydriasis wegen des stärkeren Lichteinfalles die andere Pupille oft verengt ist, so kann es gelegentlich, z. B. bei Fällen von progressiver Paralyse, fürs Erste zweifelhaft sein, ob die Pupillencontraction (spastische Miosis) oder die Pupillenerweiterung (Lähmung) das Pathologische ist. Hier wird man zur Entscheidung die Reaction jeder einzelnen Pupille auf Licht heranziehen; nöthigenfalls auch die Reaction auf Atropin und Eserin prüfen.

Macht man nach dem Tode eine Paracentese der vorderen Kammer, so tritt ebenfalls Pupillenverengerung ein. Ferner sei erwähnt, dass bald nach dem Tode eine Pupillenerweiterung sich zeigt, der in den nächsten Tagen eine an beiden Augen oft ungleiche Verengerung folgt. — Die Messung der Pupillenweite geschieht am besten durch

Vergleich mit einem vorgehaltenen Glaslineal, auf dem entsprechende Kreise von verschiedenem Durchmesser nebeneinander eingekratzt sind.

Hippus ist ein sehr selten beobachteter klonischer Krampf der Iris, der Pupillenerweiterung mit Pupillenverengerung wechseln lässt. Aber auch ohne Lupe kann man öfters deutliche und schnell wechselnde Veränderungen der Pupillengrösse bei ganz gesunden Menschen beobachten, so dass es schwierig ist, hiervon einen pathologischen Hippus zu unterscheiden, der als klonische Krampfform besonders häufig im Anfangsstadium der Meningitis acuta, bei progressiver Paralyse, bei Epilepsie, bei multipler Sclerose, bei Neurasthenischen und Hysterie vorkommen soll (Damsch, Michel). Mit der Lupe kann man an jedem Auge beständig kleine Pupillen-Oscillationen beobachten, die von Puls und Respiration unabhängig sind (Laqueur) und wohl als Reflexe auf leichtere sensilbe Reize auftreten.

Als Iridodonesis (*δονέομαι*, schwanken) (Iris tremulans) bezeichnet man ein bei Bewegungen des Auges auftretendes Zittern und wellenförmiges Hin- und Herschwanken (Schlottern) des Irisdiaphragmas. Bisweilen ist nur an einer umschriebenen Partie die Bewegung deutlich. Das Iriszittern tritt ein, wenn die Hinterfläche der Iris ihre feste Stütze verloren hat oder die Zonula Zinnii abnorm erschlafft ist. So bei Linsenluxationen, Aphakie und Glaskörperverflüssigung. Ein leichtes Schlottern, vorzugsweise in der Ciliarhälfte der Iris, beobachtet man öfters bei sonst normalen Augen, besonders bei Myopen.

4. Verletzungen der Iris.

Einfache Schnittwunden werden, wie jede Iridectomie zeigt, sehr gut von der Iris vertragen. In der Regel aber setzen Verletzungen, mit einem Messer, einer Scheerenspitze u. s. w. ausgeführt, gleichzeitig auch Linsenwunden, die dann zu Trübungen und entzündlichen Reizungen führen. Während in uncomplicirten Fällen nur ein antiseptischer Druckverband erforderlich ist, wird hier auch starke Atropinisirung nöthig. Sind die Wunden der Hornhaut oder des Sclerallimbus umfänglich, so fällt die Iris in grösserer Ausdehnung hinein. Derartige Traumen haben wegen der Gefahr secundärer Cyklitis und selbst sympathischer Affection des anderen Auges immer eine dubiöse Prognose. Besonders gilt dies für die peripheren Wunden des Sclerallimbus — hier entwickelt sich bei grosser Ausdehnung meist eine Cyklitis —, weniger für die in die Cornea fallenden. Kommt man zu einer ganz frischen Verletzung, so kann man nach sorgfältiger Desinfection die vorliegende Iris mit der Scheere abschneiden und durch Atropin oder Pilocarpin, je nach der Lage der Wunde, die Iris in ihre normale Stellung

zurückzubringen suchen. Danach Anwendung des Druckverbandes, bezw. kurze Zeit kalte Umschläge gegen die Schmerzen und die Blutung. Ist aber die Wunde schon einigermaassen verklebt, so vermeide man operative Eingriffe. Der Irisprolaps in der Hornhaut vernarbt alsdann unter Druckverband, Atropin oder Pilocarpin und Bettruhe in der Regel ganz glatt und es bleibt eine einfache vordere Synechie. Dieses abwartende Verfahren ziehe ich hier — auch Rothmund hat sich dahin ausgesprochen — dem operativen (Abtragen des Irisvorfalles und Anlegen einer Iridectomie dicht neben dem Prolaps) entschieden vor. Es ist aber unter allen Umständen viele Wochen lang das Auge unter strenger Aufsicht zu behalten. Sind alle Reizerscheinungen seit Monaten verschwunden, so kann man die etwa optisch nöthige Iridectomie machen. Tritt eine Druckerhöhung ein, wie bisweilen bei vorderen Synechien, und damit Gefahr eines Secundärglaukoms, so ist ebenfalls die Iridectomie am Platze.

Bei grossen peripheren Wunden, meist mit partieller Linsenluxation, Blutungen in die vordere Kammer und Glaskörper, wird die Iris öfters von ihrem Ciliaransatze abgerissen. Auch stülpt sie sich bisweilen partiell um, so dass eine Art Colobom entsteht, oder sie weicht sogar ganz nach hinten und entschwindet so dem Anblick. In der Mehrzahl dieser schweren, gewöhnlich mit dem Verlust des Sehvermögens verbundenen Fälle ist die Exenteration oder die Herausnahme des Augapfels das Sicherste, da immer eine sympathische Affection des anderen Auges droht. Will man noch einige Tage warten, so ist ebenfalls ein antiseptischer Druckverband anzulegen; nur wenn derselbe wegen Schmerzen nicht vertragen wird, lässt man statt seiner kalte Umschläge machen, setzt Blutegel und schafft mit Narcoticis Ruhe.

Kleinere Fremdkörper (z. B. Eisensplitter) können in die vordere Kammer dringen, in der Iris sitzen bleiben, oder sie durchschlagen. Bisweilen zerren sie die Iris mit sich und reissen sie vom Corpus ciliare ab. Kleine Löcher, die im Gewebe hierbei entstehen, kann man bisweilen nur daran erkennen, dass beim Ophthalmoskopiren an der betreffenden Stelle rothes Licht vom Augenhintergrunde reflectirt wird.

Contusionen, die den Bulbus treffen, führen oft zu mehr oder weniger ausgedehnter Trennung der Iris von ihrem Ciliaransatze (Iridodialysis). Blutungen in der vorderen Kammer sind meist Folge derartiger Abreissungen, die oft schwer zu sehen sind. Bei grösserer Ausdehnung derselben erkennt man sie durch den schwarzen Spalt, der sich an der Irisperipherie zeigt und gleichsam eine zweite Pupille bildet. Kleinere Abreissungen können übrigens wieder verheilen; ihre Entstehung ist oben bei der „traumatischen Mydriasis“, welche ebenfalls in Folge von Contusionen zu Stande kommt, erklärt worden.

In sehr seltenen Fällen werden auch Einrisse des Pupillarrandes oder selbst Zerreissungen in der Continuität der Iris nach Contusionen beobachtet, ebenso Umstülpungen nach hinten.

Gleich nach der Verletzung wird man durch Kälte weiterer Blutung vorzubeugen suchen, später Druckverband. Hält das Hyphäma sich sehr lange, so kann man die Paracentese machen und das Blut durch den Cornealeinstich entleeren. Doch recidiviren nicht selten die Blutergüsse.

5. Pseudoplasmen und Fremdkörper in der Iris und vorderen Kammer.

Ausser den Condylomen entwickeln sich im Irisgewebe Sarkome, als gelbliche oder bräunliche Geschwülste mit Neigung zu secundären Drucksteigerungen (Fuchs) und Tuberkel; sehr selten Teleangiektasien, Granulationsgeschwülste, Myome, Carcinome und Lepraknoten.

Wenn man experimentell tuberculöse Massen in die vordere Kammer von Kaninchen bringt, so entstehen nach Resorption derselben nach zwei oder mehreren Wochen kleine graue Knötchen (Cohnheim), die sich histologisch und bacteriell als Tuberkel erweisen. Auch beim Menschen kommen Tuberkel der Iris vor, meist mit gleichzeitiger oder folgender Tuberculose, ausnahmsweise aber auch ohne nachweisbare Allgemeinerkrankung. Sie treten als kleine disseminirte graue oder graugelbliche Knötchen auf oder als solitäre (conglobirte) Geschwulstmasse, die dann grosse Aehnlichkeit mit einem nicht-pigmentirten Sarkom hat, jedoch unterscheidet man in ihnen meist noch Tuberkelknötchen. Ferner wird als diagnostisches Moment noch das Alter zu verwerthen sein, da Iristuberkel fast nur bei jugendlichen Individuen vorkommen. Meist sind die Tuberkel grauweiss, die Sarkome gefässreicher; auch die Condylome der Iris haben eine mehr röthlich-gelbe Färbung und sitzen vorzugsweise an der pupillaren oder ciliaren Peripherie der Iris. — In der Regel vergrössern sich die Tuberkel allmählich und füllen die ganze vordere Kammer aus. Jedoch können sich die kleineren disseminirten Tuberkel auch zurückbilden, ein Vorgang, den Leber auf abgeschwächte Tuberculose zurückführt. Die solitären Tuberkel durchbrechen die Hornhaut nahe an ihrem Rande und zerfallen dann, so dass schliesslich das Auge atrophisch wird.

In den Tuberkeln der menschlichen Iris gelingt der Nachweis der Tuberkelbacillen sehr schwer; zur Sicherung der Diagnose benutzt man dann das Thier-Experiment, in den Iris-Tuberkeln des Kaninchens finden sie sich leicht. Kleine Tuberkel können mit einer Iridectomie

entfernt werden; bei grossen Geschwülsten ist die Enucleatio bulbi angezeigt.

Kleine weisse Knötchen, ähnlich den disseminirten Tuberkeln sind auch nach Eindringen von Raupenhaaren in der Iris beobachtet worden, nachdem vorher heftige Entzündungserscheinungen aufgetreten waren, (H. Pagenstecher); ferner kommen sie bei Leukämie vor (Lymphome).

Die Cysten der Iris entstehen meist nach Verletzungen des Auges, bei denen kleine Epithelstücke oder Cilien in die vordere Kammer geschleudert wurden. Man hat ihr Zustandekommen auf Wucherung der hineingedrungenen Zellen zurückgeführt (Rothmund); vor allen bilden sie sich nach Hosch's experimentellen Versuchen, wenn mit den kleinen Hautstückchen Drüsen mittransplantirt werden. Um Cilien können sich auch festere, atheromähnliche Geschwülste entwickeln (Schweigger). Bei anderen mehr peripher gelegenen Cysten lässt sich ihre Entstehung durch eine Ablösung des Lig. pectinatum und der sich anschliessenden Theile der M. Descemetii sowie der vorderen Irisschichten, in welchen Hohlraum dann Flüssigkeit secernirt wird, ausreichend erklären (Eversbusch, Guaita). Doch kommen auch Fälle vor, wo die Iris in die Hornhaut einheilt und dann allmählich durch Flüssigkeitsansammlung eine Ausdehnung und Atrophirung der Irisfalte und Umbildung in eine Cyste erfolgt, wie es Wecker und auch ich gesehen haben. Einmal konnte ich (— später auch Schröter) verfolgen, wie eine durchsichtige Cyste ohne vorangegangenes Trauma und ohne vordere Synechie mitten im Irisgewebe sich ausbildete; dieselbe wurde in meinem Fall über erbsengross und dann mittels Lanzenschnittes und Fassens mit der Irispincette entfernt. Die Entstehung ist so zu denken, dass sich eine der normal vorhandenen Iris-Krypten vollkommen abgeschlossen und später durch Flüssigkeitsansammlung cystenartig vergrössert hat. — Auch bewegliche braune, aus einem Theil des Pigmentblattes entstandene Cysten kommen vor (Fuchs).

Cysticerken der vorderen Kammer sind ebenfalls beobachtet. Wenn das Kammerwasser klar ist und die Blase frei liegt, kann man Kopf und Hals an ihnen unterscheiden. Bisweilen aber liegt der Wurm in Eiter eingehüllt. So sah ich in einem Auge, das wegen diffuser Glaskörpertrübung mit Iritis behandelt wurde, eines Tages an der Pupillargrenze einen etwa hirsekorngrossen Pfropf von dickmembranöser Beschaffenheit und gelblicher Färbung. Dieser Pfropf senkte sich an den Boden der vorderen Kammer und umhüllte sich mit Eiter. Nach der Herausnahme desselben zeigte das Mikroskop an ihm den Hakenkranz des Cysticercus.

Ein frühzeitiges Entfernen all dieser Neubildungen, besonders der

Sarkome, durch einen Hornhautschnitt ist angezeigt. Dasselbe gilt von eingedrungenen Fremdkörpern. Bei kleineren Fremdkörpern, welche sich in die Kammerbucht gebettet haben, ist die Entfernung oft sehr schwierig. Man bedient sich hier mit Vortheil zur Extraction eines kleinen gerieften Hohlhakens (Knapp), eventuell excidirt man die verdächtige Irispartie. Bei Eisenfragmenten wendet man den Elektromagneten an (s. S. 322). Uebrigens können Fremdkörper auch einheilen und es sind Fälle bekannt, in denen sie mehrere Jahrzehnte reizlos in der Regenbogenhaut sassen (Schenkl, Berger, Birnbacher).

6. Angeborene Anomalien.

Die Farbe der Iris ist bei Albinos blassroth. — Bisweilen zeigt bei demselben Individuum ein Auge eine andere Irisfärbung als das zweite Auge (Heterophthalmus). — Kleine schwarze, rothbraune und gelbe Flecke kommen im Irisgewebe öfters eingestreut vor und dürfen nicht mit Fremdkörpern verwechselt werden, wie es möglicher Weise nach Verletzungen des Auges geschehen könnte.

Mit Aniridie oder Irideremie bezeichnet man das Fehlen der Iris. Diese Anomalie findet sich gelegentlich zusammen mit Mikrophthalmus, selbst mit Druckexcavation (Klein). Auch artificiell kann die ganze Iris herausgerissen werden.

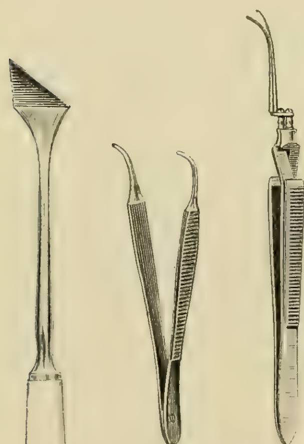
Das angeborene Colobom der Iris ist in der Regel nach unten gerichtet und zeigt sich als eine annähernd dreieckige Spalte in der Iris. Dieselbe kann bis zum Ciliarrande reichen oder eher enden. Bisweilen beobachtet man an Stelle eines wirklichen Defectes eine dünne, pigmentirte Membran, die dem hinteren Pigmentblatte der Iris entspricht. Mit dem Iriscolobom ist nicht selten ein Chorioidealcolobom verknüpft; ebenso findet sich an der betreffenden Stelle auch öfters eine Einkerbung der Linsenperipherie.

Liegt die Pupille nicht wie gewöhnlich in der Mitte, sondern stärker nach einer Seite gerückt, so besteht Korektopie. Auch kommen Fälle vor, wo die Pupille nach oben gerückt ist; das einseitige Auftreten dieser Anomalien ist nicht häufig. Auch hier zeigt die Linse bisweilen Einkerbungen; meist sitzen dieselben an der unteren Peripherie, doch habe ich sie auch an der oberen Linsenperipherie gesehen. Ausser den reinen Fällen von Korektopie kommen solche mit anderen Hemmungsbildungen (Mikrophthalmus, Linsenluxationen, Resten von Pupillarmembranen) oder mit Resten intrauteriner Entzündungen zur Beobachtung. — Sind mehrere Pupillen vorhanden (Polykorie), so haben dieselben meist eine unregelmässige Gestalt. —

Bleibt die fötale Pupillarmembran bestehen, so kann ein vollständiger Verschluss der Pupille stattfinden. Die Membran ist grauweiss, bisweilen pigmentirt. In der Regel finden sich aber nur Reste der Pupillarmembran erhalten: es liegt in der Mitte meist eine unregelmässig gestaltete weissliche Membran, von der aus kleine Fädchen zur Vorderfläche der Iris gehen. Dies dient zur Unterscheidung von Membranen entzündlichen Ursprungs, bei denen die Verbindungen zur Hinterfläche der Iris ziehen. Nicht selten sind nur die Fädchen übrig geblieben oder sogar nur ein mit der Lupe erkennbares Pünktchen, welches, wie ein am anderen Auge bestehender grösserer Rest gelegentlich zeigt, als Ueberbleibsel der Pupillarmembran aufzufassen ist.

7. Operationen an der Iris.

1) Iridectomie. Das Herausschneiden eines Stückes der Regenbogenhaut wurde in ähnlicher Form, wie es jetzt geübt wird, zuerst von Beer (1789) ausgeführt. — Nachdem durch Einlegen eines Elevateurs die Lider festgestellt sind, wird mit einer Fixirpincette der Bulbus gefasst.


152. 153. 154.

An Instrumenten braucht man weiter 1) ein gerades oder gebogenes Lanzenmesser (Figur 152), eventuell auch das Graefe'sche Linearmesser, 2) eine Irispincette nach Fischer (Figur 153 gebogen) oder nach Liebreich-Mathieu (Figur 154), 3) eine kleine, auf der Fläche gebogene oder auch knieförmige Irisscheere, oder die Scheere von Wecker (Figur 132). Letztere hat entweder stumpfe oder spitze Branchen

1. Act der Operation. Je nachdem man die Iris in ihrer ganzen Ausdehnung bis zum Ciliaransatz hin (periphere Iridectomie) oder weniger weit ausschneiden will, geht man mit dem Lanzenmesser im Sclerallimbus oder etwas davon entfernt in den durchsichtigen Hornhautrand ein. Man richtet in letzterem Falle die Spitze beim Einstich ziemlich senkrecht auf die Bulbusmitte, um keinen zu langen Wundcanal in der Hornhaut zu haben (vergl. Figur 155), der das spätere Fassen der Iris erschwert oder selbst unmöglich macht. Geht man in den Sclerallimbus ein, so schiebt man das Messer mehr horizontal in der

Ebene der Iris und vor derselben gegen das Centrum der Pupille. Dieselbe Richtung wird auch sofort eingeschlagen, wenn die Cornea bei steilerem Aufsetzen des Messers durchstochen ist. Ist das Messer genügend weit in die vordere Kammer — entsprechend der beabsichtigten Schnittgrösse — vorgeschoben, so zieht man es langsam zurück, indem man den Griff etwas senkt und so die Spitze immer mehr von der Linse und Iris entfernt und der Cornea nähert, um Kapselverletzungen zu vermeiden. Nöthigenfalls kann man beim Herausziehen des Messers noch etwas die Hornhautschnittwunde erweitern. Am leichtesten operirt es sich mit der geraden Lanze, doch ist die gebogene wegen Raummangels immer erforderlich, wenn man den Schnitt nach oben, innen oder unten anlegt. An Stelle der Lanze benutzt man auch zum Hornhautschnitt, für nach oben oder unten zu legende Pupillen, das schmale Graefe'sche Messer; die Schnittführung ist analog der bei Starextractionen. Besonders wenn man sehr breite und periphere Iridectomien machen will, ist dasselbe vortheilhaft. Zeigt sich nach Herausnahme der Lanze oder des Messers die Wunde als zu klein ausgefallen, so erweitert man sie mit der Wecker'schen Scheere.

Der zweite Act der Operation besteht im Fassen und Herausziehen der Iris. Man geht hier mit geschlossener Irispincette in die vordere Kammer, öffnet kurz vor dem Pupillarrande der Iris die Branchen, fasst die Iris und zieht sie heraus.

Wenn der innere Theil der Cornealwunde (Figur 155, a äussere, b innere Wunde) zu central fällt, so gelingt das Fassen und Herausziehen der Iris nicht. Man muss dann die Wunde heilen lassen und später von Neuem operiren. Liegt die Wunde sehr peripher, so wird durch das abfliessende Kammerwasser die Iris gleich nach dem Schnitte nach aussen gedrängt. Man kann sie alsdann, ohne Eingehen in die Wunde, aussen mit der Pincette fassen. Um auch den Sphinkterrand ausserhalb der Wunde zu haben, muss die Iris ziemlich stark an-, beziehungsweise heraus und etwas in die Höhe gezogen werden, wobei zu vermeiden ist, dass nicht in Folge des Zuges eine Dialyse am Ciliarrande der benachbarten Irispartie eintritt. In England benutzt man an Stelle der Irispincette vielfältig den Tyrrel'schen stumpfen Haken.

Ist die Iris genügend herausgezogen, so schneidet (dritter Act) der Assistent dieselbe mit der Scheere ab, wobei die Flächen der Branchen, besonders der der Cornea zugewandten, stark dem Bulbus aufgedrückt werden müssen, wenn man alles Vorliegende abtrennen will. Die Scheerenbranchen müssen parallel der Schnittwunde liegen. An Stelle des Schnittes mit einem Scheerenschlage ist es bei ausge-

dehnteren Iris-Excisionen, die aber höchstens bei chronischem Glaukom nöthig sind, besser in mehreren Schnitten zu schneiden. Will, was meist vorzuziehen, der Operateur selbst den Schnitt ausführen, so übergiebt er vor Einführung der Irispincette die Fixirpincette dem Assistenten, nimmt mit der linken Hand die Irispincette, fasst so die Iris und schneidet sie mit der in die rechte Hand genommenen Scheere ab.

Wurde der Pupillarrand nicht mit abgeschnitten, so zeigt sich, wenn die Iris wieder in die vordere Kammer zurückgegangen ist, eine Doppelpupille. Es entsteht übrigens gewöhnlich hierdurch keine Diplopie, die man in den Fällen, wo das Auge auf den eingestellten Gegenstand nicht accommodirt, vermuthen sollte (vgl. S. 44 Figur 32). Wie Schuleck ausgeführt, fällt bei der geringen Entfernung, welche zwischen den beiden distincten Netzhautbildern besteht, in der Regel so viel diffuses Licht auf den Zwischenraum, dass keine Doppelbilder wahrgenommen werden. Man kann jedoch versuchen, durch vorsichtiges Eingehen mit der Irispincette und Fassen einer, dem künstlichen Colobom angrenzenden Irispartie, noch einmal den Sphinkterrand herauszuziehen und dann exact zu excidiren. —

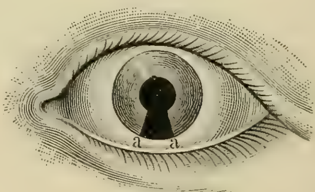
a b

155.

Fehlt die Linse und ist die Iris mit der restirenden Kapsel eng verklebt, so gelingt es bisweilen, mit einem gebogenen scharfen Irishäkchen (Figur 156) besser die Iris herauszuziehen als mit der Pincette.



156.



157.



158.

Das künstliche Colobom hat, wenn es bis zur Ciliarperipherie geht, die Gestalt eines Schlüsselloches (Figur 157), sonst eine mehr ovale Form (Figur 158). Immer ist darauf zu sehen, dass die Sphinkterecken nicht in die Hornhautwunde (Figur 157 aa) einheilen oder zu ihr hin abnorm verzogen werden. Durch Eingehen mit einem Spatel, wie er sich an der Paracentesennadel findet (Figur 148), gelingt es, sie aus der Wunde heraus in die vordere Kammer zu stossen; auch bewirkt

öfters die auf Eserineinträufelungen oder starken Lichteinfall eintretende Miosis dasselbe. — Ist Blut in die vordere Kammer geflossen, so kann man es, nachdem vorerst durch kalte Umschläge die Blutquelle verstopft worden, durch Lüften der Cornealwunde mit dem Spatel entleeren. Uebrigens werden selbst ausgedehntere Hyphämata resorbirt, wenn das Irisgewebe annähernd normal ist. Bei atrophischer Iris hingegen bilden sich nach Blutergüssen leicht weissliche Exsudatmembranen; in diesen letzteren Fällen lege man besonderes Gewicht auf Entfernung des Blutes.

Bei totalen hinteren Synechien, chronischen Iriten bleibt bisweilen das Pigmentblatt auf der Linse haften und nur die vorderen Irisschichten werden herausgerissen. Man sieht dann erst bei schräger Beleuchtung, dass die scheinbar schwarze künstliche Pupille undurchsichtig ist.

Die Stelle, an welcher das Colobom anzulegen ist, wird oft durch die Indicationen bestimmt, welche uns zur Operation veranlassen. Hat man die Wahl, so wird man, falls man nicht den Lichtstrahlen einen neuen Zugang schaffen will, das Colobom am besten nach oben legen, weil hier das obere Lid es deckt und so das Eindringen unregelmässig gebrochener Randstrahlen hindert; nicht ganz so vortheilhaft ist die Lage nach unten: die Iridectomie lässt sich jedoch in dieser Richtung bequemer ausführen, da die Kranken bei der Operation in der Regel mit dem Auge nach oben fliehen. Will man hingegen den Lichtstrahlen Zugang schaffen (sogenannte optische Pupille), so legt man die Pupille am besten nach innen an, weil hier der Nasenrücken die peripheren Strahlen abhält; auch schneidet man womöglich nur ein kleines und nicht bis zur Peripherie gehendes Irisstückchen aus.

Die Nachbehandlung besteht in Schlussverband während 2 bis 6 Tagen. Die ersten Tage hält man am besten den Patienten im Bett. Nach Wiederherstellung der vorderen Kammer — also meist am 2. Tage — kann man bei etwaiger Hyperämie und Iritis Atropin einträufeln; gleich nach der Operation vermeidet man es — ausser etwa bei hinteren Synechien —, um kein Hineinfallen von Irisgewebe in die Wunde zu veranlassen. Bei Glaukom wird später Eserin angewandt. Die nächstfolgende Zeit muss der Patient noch im Zimmer bleiben, eine Klappe tragen und die Augen schonen. Vor 8 bis 10 Tagen sollte er nicht ins Freie gehen. In der Regel heilt die Wunde ganz glatt. Doch sind immerhin einige wenige Fälle bekannt, wo eine Wundvereiterung eintrat. Ist die Kapsel etwa verletzt worden, so stellt sich Linsentrübung ein, die aber umschrieben bleiben kann. Bei stärkerer Quellung muss man wie bei traumatischem Stare verfahren. Doch bilden sich auch gelegentlich — so besonders bei entzündlichen Glaukomen — ohne directe

Kapselverletzung totale Linsentrübungen in kurzer Zeit nach der Iridectomie heraus.

Die Iridectomie wird gemacht 1) um Entzündungen zu bekämpfen oder ihnen vorzubeugen, so bei Irido-Chorioiditis, chronischer Iritis, hinteren Synechien, Kataraktextractionen u. s. w., 2) zur Herabsetzung des intraocularen Druckes, so bei Glaukom und Vorgängen, die zu Secundär-Glaukom neigen, 3) aus optischen Zwecken, so bei Hornhautflecken, Pupillarverschluss, Schichtstar und manchen Formen des Kernstares u. s. w., 4) zur Entfernung von Geschwülsten oder Fremdkörpern, 5) aus kosmetischen Gründen, um einem mit centralem Leukom behafteten Auge mehr Feuer und Leben zu geben.

2) Iridotomie. Mit Iridotomie wird das Einschneiden der Iris bezeichnet. Bereits Cheselden (1828) hatte mittels einer Starnadel die Iris eingeschnitten und so eine Oeffnung für die Lichtstrahlen hergestellt, wenn es nach der Stardepression zu einem Pupillarverschluss gekommen war. Später ist die Operation besonders von v. Graefe und Wecker wieder in die Praxis eingeführt worden. Man verfährt nach Wecker so, dass man einen Hornhautschnitt mit einem kleinen Lanzenmesser macht, die Wecker'sche Scheere einführt, deren eine stumpfe Branche durch die Pupillaröffnung hinter, die andere vor die Iris bringt und dann durch Scheerenschluss das Gewebe durchschneidet. Falls keine offene Pupille vorhanden ist, durch welche die eine Scheerenbranche zu führen wäre, macht man entweder mit der Spitze des Lanzenmessers die entsprechende Oeffnung oder benutzt eine Wecker'sche Scheere, deren eine Branche zugespitzt ist. Ist die Iris, wie es am vortheilhaftesten, in der Richtung quer durch den Sphinkter (also von der natürlichen Pupille zum Ciliaransatz hin) durchschnitten, so klafft durch Contraction der Sphinkterenmusculatur die Wunde und bildet ein kleines Dreieck, dessen Spitze dem Ciliarrande der Iris zugewendet ist. Weniger vortheilhaft erscheint die einfache Durchstechung der Iris mit einem schmalen Graefe'schen Messer.

Die Iridotomie hat gegenüber der Iridectomie den Vortheil, dass sie nur eine kleine, schmale — also optisch besonders günstige — Pupille macht, dass sie noch weniger eingreifend ist und auch Schwarten, die hinter der Iris sitzen, durchschneidet. Sie empfiehlt sich daher besonders, wenn nach Kataraktextractionen durch Iritis ein Pupillarabschluss erfolgt ist, ebenso bei manchen ausgedehnten centralen, adhärenten Leukomen, wo die Linse bei der vorangegangenen Entzündung verloren gegangen ist und die Iris Nachstarreste hinter sich hat. Weniger angezeigt ist sie, wenn die Linse erhalten ist. Hier droht die Gefahr einer Kapselverletzung; daher wird man die Iridotomie bei Schichtstar besser durch eine schmale Iridectomie ersetzen.

Siebentes Kapitel.

Erkrankungen des Corp. ciliare. Sympathische Affectionen. Eitrige Chorioiditis.

1. Cyklitis.

Die Erkrankung des Corp. ciliare ist als Primärleiden sehr selten. Auch beschränkt sich die Affection meist nur kurze Zeit auf den Ciliarkörper, bald complicirt sie sich mit anderen Krankheiten des Uvealtractus, speciell der Iris. Es gesellt sich Hyperämie oder auch ausgesprochene Iritis hinzu. Man wird eine Cyklitis als primäres Leiden diagnosticiren, wenn Trübungen im vorderen Theil des Glaskörpers neben pericornealer Injection und Schmerzhaftigkeit des Corp. ciliare vorhanden sind ohne nachweisbare Iritis. Auch das Auftreten von Hypopyon (ausnahmsweise findet sich Eiter hinter der Iris und drängt sie nach vorn) oder Beschlägen an der Membrana Descemetii ohne Iritis oder Keratitis spricht für Cyklitis. Bei chronischer Cyklitis wird das Auge weich. Ist die Iris secundär afficirt, so bleiben doch meist die Erscheinungen der Cyklitis die hervortretendsten. Wir finden derartige Iridocykliten (auch als Iridochorioiditen bezeichnet, wenn die Schmerzhaftigkeit des Corpus ciliare fehlt) bei Allgemeinerkrankungen, theils während des Bestehens derselben, theils als Nachkrankheit, so bei Febr. recurrens, bei Typhus, Meningitis cerebrospinalis, Variola, Rheumatismus, Tuberculose u. s. f.

Die Prognose ist im Ganzen bedenklich, jedoch sieht man bisweilen nach Hebung der Entzündung auch sehr intensive Glaskörpertrübungen zurückgehen und ein gutes Sehvermögen wiederkehren. So beobachtete ich bei einem Kinde, das im Typhus eine Iridocyklitis durchmachte, eine totale Glaskörpertrübung, die in etwa $^3/_4$ Jahren zur Aufklärung kam; nur an dem unteren Rande der Linse blieb eine gelbliche Trübung, entsprechend der Stelle des Corp. ciliare, von der wahrscheinlicher Weise die Exsudation in den Glaskörper ausgegangen war. —

Mässige Atropinisirung des Auges — sehr intensives und zu lange fortgesetztes Atropinisiren scheint bei Cyklitis nachtheilig zu wirken —, warme Umschläge neben örtlicher und allgemeiner Antiphlogose, wie wir sie bei den schweren Formen der Iritis anwenden, sind, falls der Allgemeinzustand es erlaubt, angezeigt.

2. Sympathische Augenleiden.

Bereits Mackenzie hat darauf aufmerksam gemacht, dass nicht selten bei Leuten, die ein Auge durch eine Verletzung verloren haben, bald darauf das zweite sympathisch erkrankt und erblindet, dass diese Erkrankung aber ausbleibt, wenn man frühzeitig das verletzte Auge herausnimmt. In der Regel handelt es sich um schwere perforirende Verletzungen, besonders solche, bei denen ein Fremdkörper in das Augeninnere gelangt (z. B. Steinfragmente, Kupferzündhütchen oder -patronen, Eisensplitter, Glas) und dort verweilt. Vorzugsweise bedenklich sind die Traumen, welche das Corpus ciliare oder seine Nachbarschaft treffen. Auch nach Operationen (Starextraction, Iridodesis), welche eine Cyklitis zur Folge hatten, wurden sympathische Affectionen beobachtet. Aber selbst nicht-traumatische Cyklitis kann eine derartige traurige Folge haben. So ist in gewissem Sinne jeder phthisische Augapfel gefahrdrohend, wenn Cyklitis in ihm noch besteht oder auch von Neuem angefacht wird; gelegentlich hat auch das Tragen künstlicher Augen eine neue Cyklitis veranlasst und somit den Ausgangspunkt einer sympathischen Affection gebildet. Am wenigsten gross ist die Gefahr — wenngleich nicht vollkommen ausgeschlossen — bei den phthisischen Augen, die in Folge einer Panophthalmitis zu Grunde gegangen sind. Es scheint, dass ohne Cyklitis eine eigentliche sympathische Entzündung nicht eingeleitet werden kann (Schirmer). Allerdings sind auch ohne Traumen bei Linsenluxationen und Chorioideal-Tumoren sympathische Entzündungen beobachtet worden, doch könnte hier ebenfalls als Zwischenglied eine Cyklitis vorgelegen haben. Von der sympathischen Entzündung pflegt man die sympathische Reizung oder sympathische Neurose zu unterscheiden. Zu ihr rechnet man leichte Injection des anderen Auges, Lichtscheu, Thränen, Accommodationsschwäche, Unfähigkeit zu arbeiten; von directen Sehstörungen (Amblyopie, Einengungen des Gesichtsfeldes), die von einzelnen Autoren als sympathische Neurosen beschrieben sind, habe ich nie etwas gesehen. Ich halte es für wahrscheinlich, dass dieselben in das Gebiet der hysterischen Sehstörungen fallen. Reizzustände am zweiten Auge müssen uns immer vorsichtig machen und auf den Ausbruch einer

sympathischen Ophthalmie vorbereiten. Letztere kann allerdings auch gelegentlich ohne derartige äussere Anzeichen sich entwickeln.

Als sympathische Entzündungen (Ophthalmia migratoria, Deutschmann) treten uns vor Allem die Affectionen entgegen, welche einige Zeit nach einer Verletzung und ihr folgender Cyklitis das andere, bislang gesunde Auge — und zwar in den gewöhnlichen charakteristischen Formen ergreifen. Meist verstreichen vier bis acht Wochen, bis das zweite Auge erkrankt; aber auch bereits nach neun Tagen hat man eine sympathische Erkrankung beobachtet. Es sei aber bemerkt, dass ganz dieselben Krankheitsbilder auch ohne die erwähnte Aetiologie zur Beobachtung kommen. In Ausnahmefällen erkrankte sogar noch nach 15 bis 20 Jahren, besonders wenn Fremdkörper in dem Auge zurückgeblieben waren, das bis dahin gesunde Auge. Es geben dann meist Ortsveränderungen des Corpus alienum Anlass zu frischen Reizungen. Hingegen ist es bei nicht-traumatischen Cykliten, denen später eine Affection des anderen Auges folgt, oft schwer festzustellen, dass wirklich eine sympathische Erkrankung und nicht vielleicht eine von der Ersterkrankung ganz unabhängige Affection des zweiten Auges vorliegt. Falls die Herausnahme des erstafficirten Auges das Leiden des zweiten Auges sofort höbe, wäre der Zusammenhang wohl erwiesen. Doch spricht andererseits das Ausbleiben eines Erfolges nicht dagegen, da wir wissen, dass auch unzweifelhaft sympathische Affectionen, wenn sie einmal einen gewissen Grad erreicht haben, sich durch Enucleation des ersterkrankten Auges durchaus nicht immer heilen lassen. Man wird bei der Beurtheilung dieser Frage besonderes Gewicht auf die Form der secundären Erkrankung legen müssen. Entspricht dieselbe den am häufigsten vorkommenden sympathischen Affectionen (der Uveitis und der Iridocyklitis), so wächst die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs.

Die sympathische Iridocyklitis entwickelt sich in der Regel schleichend und chronisch, so dass der Beginn selbst unter sorgfältiger Ueberwachung übersehen werden kann. Die häufig aufgestellte Behauptung, dass ein Hinausrücken des Nahepunktes als erste Erscheinung auftrete und den entzündlichen Processen voranginge, trifft nach meinen Beobachtungen durchaus nicht immer zu. Auch eine intensivere pericorneale Röthe kann fehlen; meist allerdings sieht man die Conjunctivalgefässe hier und da etwas mehr gefüllt. Da aber dies auch ohne sympathische Affection bei längerem Zimmeraufenthalt und Kranksein des anderen Auges vorkommt, so ist eine geringe Injection nicht beweisend: sie sollte aber immer vorsichtig machen und Anlass geben zur Atropinisirung und genauen Untersuchung des zweiten Auges. Trotzdem die Pupille nämlich gut reagirte und nicht verengt war, auch die Iris normal erschien, können sich jetzt nach der Atropinisirung

schon kleinere hintere Synechien zeigen. Mir ist in Fällen, bei denen unter meinen Augen die sympathische Affection entstand, sogar bisweilen zu dieser Zeit eine ungewöhnlich lebhafte Reaction der Pupille auf Licht und Schatten aufgefallen.

Die leichtere Form der sympathischen Entzündung ist die Iritis serosa (Uveitis) mit Beschlägen auf der Membrana Descemetii und Glaskörpertrübungen, ohne zu schnelle Ausbildung hinterer Synechien. Hier ist die Prognose verhältnissmässig günstig und es kann zur Heilung kommen. Die schwerere ist die Iridocyklitis, bei der ausgedehntere Verklebungen der Iris mit der Linsenkapsel entstehen; die Iris verfärbt sich, die Pupille wird eng. Jetzt ist auch pericorneale Injection vorhanden; es treten Schmerzen auf, wenn man bestimmte Theile des Corp. ciliare betastet. Bisweilen sieht man periphere Chorioidealveränderungen. Bald bildet sich eine Pupillarmembran, der Glaskörper wird diffus getrübt. Im weiteren Verlauf wird die vordere Kammer eng; in der Peripherie ist die Iris durch Schwarten, die sich zwischen ihr und dem Corp. ciliare bilden, nach hinten gegen den Ciliarkörper gezogen. Die Cornea ist leicht getrübt. Der Bulbus wird weich. Alle diese Veränderungen können sich ohne erhebliche Schmerzen oder stärkere Entzündungserscheinungen abspielen, so dass manche Patienten — besonders bei Kindern beobachtet man dies — erst in Folge der nachweisbaren Sehschwäche zum Arzt geführt werden. Seltener ist das Auftreten der Entzündung in sehr acuter Form mit heftigen Schmerzen, starker Lichtscheu und Injection. Allmählich wird auch die Linse trüb und kataraktös, indem sie gleichzeitig schrumpft und sich abplattet. Der Process kann so viele Monate lang fortbestehen, bis sich in dem stark erweichten und verkleinerten Bulbus schliesslich Netzhautablösung und damit unheilbare Erblindung herausgestellt hat. In anderen selteneren Fällen hört endlich die Entzündung auf; der Bulbus erholt sich wieder und gewinnt eine bessere Spannung. Bei beiden Erkrankungen kann man gelegentlich eine Hyperämie der Papilla optica beobachten; ebenso kann später eine Trübung ihres Gewebes eintreten. Aber ähnliche Vorgänge sehen wir auch sonst bei diesen schweren Uveal-Erkrankungen. — Auch eine einfache Papillo-Retinitis sympathica ist beschrieben worden. Die als sympathisch bezeichneten Glaukome sind in ihrer Aetiologie nicht sicher, wenn man von den glaukomatösen Processen absieht, die sich gelegentlich auf der Basis der sympathischen Uveal-Erkrankung entwickeln.

Therapie. Bei der Iritis serosa sympathica ist am ehesten eine Heilung zu erwarten, falls nicht, wie es bisweilen geschieht, eine Iridocyklitis nachträglich hinzutritt. Hingegen führt die Iridocyklitis sympathica fast stets zum Ruin des Auges, nur in den ersten Stadien der Erkrankung, wo es noch nicht zu festen und ausgedehnten hinteren

Synechien gekommen ist, auch die Consistenz des Bulbus nicht zu sehr gelitten hat, ist bisweilen eine volle Wiederherstellung und Heilung zu erreichen. Bei ausgebrochener sympathischer Ophthalmie soll die Behandlung mit der Enucleation des primär erkrankten Auges, falls dasselbe bereits erblindet ist, beginnen. Schwieriger wird die Frage, wenn dasselbe noch Sehvermögen besitzt. Hier würde der Grad dieses Sehvermögens und die etwaige Aussicht auf Erhaltung oder Hebung desselben in Betracht kommen. Ist das Erhalten eines einigermaassen ausreichenden Sehvermögens zu erwarten, so darf das Auge nicht enucleirt werden, da die Enucleation die bereits ausgesprochene Entzündung des sympathisch erkrankten Auges durchaus nicht immer heilt. Meist allerdings sieht man nach der Enucleation in diesem ersten Stadium sofort eine gewisse Besserung eintreten. Doch ist letztere nicht selten trügerisch, der Process exacerbirt nach einigen Tagen wieder und führt schliesslich doch zu einem deletären Ende. Es ist verständlich, dass ein einmal erkranktes Organ zu Grunde gehen kann, selbst wenn wir die ursprüngliche Ursache des Leidens entfernen; aber andererseits wird die Entfernung immerhin insoweit einen günstigen Einfluss auf die Heilungsbedingungen äussern, als das Auge vor neuen Schädigungen gesichert bleibt. [Abadie hat an Stelle der Enucleation einen Tropfen Sublimatlösung (1 : 1000) in den Glaskörper des primär verletzten Auges injicirt und die Narbe eventuell mit dem Galvanocauter ausgebrannt. Er berichtet über einige bemerkenswerthe Erfolge.]

Neben der Enucleation sind in diesem Stadium der sympathischen Affection eine energische Schmiercur oder subcutane Sublimatinjection am Platze; örtlich Atropin, nöthigenfalls Blutegel. Auch subconjunctivale Injectionen mit Kochsalz oder Sublimat können versucht werden. Dabei absolutes Abhalten des Lichtes. Vor operativen Eingriffen (Iridectomie) hüte man sich; in der Regel verschlimmern sie die Krankheit, auch selbst dann, wenn Hypertonie besteht. Man sucht letztere besser durch Cocaïn oder selbst Pilocarpin-Einträufelungen zu bekämpfen. Besteht der Process bereits längere Zeit und ist es zu ausgedehnten hinteren Synechien, Abflachung der vorderen Kammer, diffuser Glaskörpertrübung und Weichheit des Bulbus (Hypotonie) bei fast aufgehobenem Sehvermögen gekommen, so ist Atropin überflüssig, öfters sogar schädlich und selbst die Schmiercur nutzlos. Man beobachtet dann ein abwartendes Verhalten, indem man die Allgemeinconstitution möglichst zu heben sucht; vor Allem vermeide man auch jetzt einen frühzeitigen operativen Eingriff. Bisweilen muss man viele Monate bis Jahre verstreichen lassen, ehe man eine Operation mit Aussicht auf Erfolg versuchen darf. In der Zeit geht allerdings durch Netzhautablösung das Sehvermögen häufig unrettbar verloren, ohne dass wir es hindern können.

Hat schliesslich jede entzündliche Erscheinung aufgehört und ist noch ein einigermaassen genügender Lichtschein vorhanden (man scheue selbst umschriebene Gesichtsfelddefecte nicht), so kann man die Linsenextraction mit gleichzeitiger Iridectomie nach der oben beschriebenen Wenzel'schen Methode ausführen, — ein Verfahren, das für diese Fälle v. Graefe empfohlen hat. Uebrigens zeigt sich nicht immer die Linse hierbei getrübt, bisweilen handelt es sich nur um Kapselstar. Man darf den Schnitt nicht zu peripher führen, um nicht zu viel von dem verflüssigten Glaskörper zu verlieren. Oefters verlegt sich die gemachte Pupillenöffnung wieder und man muss von Neuem iridectomiren oder auch iridotomiren. Doch gelingt es schliesslich in einzelnen Fällen, ein mässiges Sehen zu schaffen. — Critchett hat empfohlen, nur die Linse zu discidiren und zwar, da dieselbe meist mit einer dicken Pupillarmembran bedeckt, auch häufig getrübt und membranartig geschrumpft ist, sich mittels zweier Discissionsnadeln (Bowman'sche Operation) allmählich in verschiedenen Sitzungen ein centrales Loch zu bohren. In einigen Fällen hatte er einen befriedigenden Erfolg. Im Ganzen ist aber die Prognose für die vorgeschrittenen Formen der sympathischen Iridocyklitis eine schlechte. —

Bezüglich der Art, in welcher die Uebertragung der Entzündung von einem Auge auf das andere stattfindet, gehen die Ansichten auseinander. Es stehen sich hier die Ciliarnerven-Theorie (reflectorische Uebertragung der Reizung auf das andere Auge durch die Ciliarnerven) und die Migrationstheorie (Bacterienwanderung durch den Opticus oder dessen Scheide zum anderen Auge) einander gegenüber. Meiner Meinung nach hat die erstere mit der von mir gegebenen Modification, dass durch die reflectorische Reizung der Nerven nur die Disposition gegeben wird, auf der die im Körper vorhandenen entzündungserregenden Momente leichter ihren schädlichen Einfluss üben können, die grössere Berechtigung. Bezüglich der sympathischen Reizzustände wird allgemein der reflectorische Einfluss der afficirten Ciliarnerven anerkannt.

Die reflectorische Einwirkung der Ciliarnerven auf die Gefässe, die Ernährung und Secretionsvorgänge des andern Auges erscheint durch die experimentellen Versuche an Thieren erwiesen. Jesner und Bach haben gefunden, dass bei Reizung des einen Auges eines Kaninchens der Fibringehalt im Kammerwasser des anderen Auges zunimmt, während Moll bei intravenöser Einspritzung von Bac. pyocyaneus constatirte, dass nicht nur in dem gereizten Auge, sondern auch in dem anderen Auge eine Ausscheidung der Bacillen stattfindet. Allerdings hat Wessely die Ergebnisse von Jesner und Bach nicht bestätigen können, jedoch fand er bei Fluorescein-Injectionen in einem Drittel seiner Versuche bei Reizung des einen Auges auch eine Vermehrung der Fluorescein-Ausscheidungen im anderen Auge: man kann bei diesen Ergebnissen auch daran denken, ob nicht individuelle Verschiedenheiten eine Rolle spielen, — eine Anschauung, die, wenn man

das Auftreten der sympathischen Ophthalmie beim Menschen betrachtet, auch für diesen eine gewisse Berechtigung haben könnten. Die Affection der Ciliarnerven ist in verschiedenen Fällen anatomisch erwiesen. So habe ich, und später Goldzieher, Zelleninfiltrationen zwischen den Fibrillen gesehen. Uhthoff hat eine spindelförmige Anschwellung der Nervenfaser beschrieben, Ayres ebenfalls Gestaltsveränderungen und Vermehrung der interfibrillären Kerne. — Auch die meist bestehende Schmerzhaftigkeit der Ciliargegend auf Druck, welche allerdings zur Zeit, wo wir die sympathische Entzündung zur Beobachtung bekommen, aufgehört haben kann, spricht für ihr Ergriffensein. Weiter entstehen gerade am häufigsten sympathische Affectionen, wenn bei Verletzungen des Corp. ciliare durch Fremdkörper eine dauernde Reizung auf die Ciliarnerven geübt wird. Aber zur Entstehung einer wirklichen Entzündung bedarf es noch der entzündungserregenden Momente: vor Allem kommen hier Bacterien und Toxine in Betracht. Wir nehmen demnach an, dass die Disposition zur Erkrankung durch die reflectorische Nervenreizung gegeben ist, die eigentliche Entzündung aber erst ausbricht, wenn die erwähnten Schädlichkeiten auf den so disponirten Boden einwirken. Bei dieser Auffassung findet die ungemein grosse Verschiedenheit des Zeitintervalls zwischen der primären Verletzung und der sympathischen Erkrankung eine befriedigende Deutung. Dass für gewöhnlich letztere nicht vor Ablauf zweier Wochen eintritt, lässt sich so erklären, dass eben die vom sympathisirenden Auge ausgehende Reizung eine gewisse Zeit lang bestehen muss, um eine ausreichende Disposition für die Wirkung der vorhandenen Entzündungserreger zu geben. Auch finden wir in ihr eine Erklärung, dass so häufig dieselbe Art der Verletzung bei dem einen Individuum eine sympathische Ophthalmie herbeiführt, während sie bei dem anderen ausbleibt. Dass im Ganzen die sympathischen Ophthalmien nach Einführung der antiseptischen Behandlungsweise seltener geworden sind, spricht nicht für einen bacteriellen Ursprung derselben, sondern lässt sich ebensogut in der Weise denken dass die Heilung hierbei schneller erfolgt und weniger lange die (sensiblen, vasomotorischen und trophischen) Ciliarnerven einer Irritation unterworfen sind.

Nach der Migrationstheorie erfolgt eine directe Ueberleitung der Entzündung von einem Auge zum andern durch den Sehnerven beziehentlich durch die Sehnervenscheide und zwar durch Bacterien (Leber, Deutschmann). Es ist nicht abzulehnen, dass die Möglichkeit vorliegt, dass auf diese Weise durch Bacterien oder Toxine eine directe Uebertragung stattfinden könnte, aber die Versuche Deutschmann's, wonach bei Kaninchen in ein Auge gespritzte Staphylokokken-Cultur bis zum anderen Auge wandern sollte, sind nicht bestätigt worden. Ich selbst habe durch directe Einimpfung eines Stückes Iris, Corpus ciliare und Opticus von Augen, die eine sympathische Ophthalmie hervorgerufen hatten, in den Glaskörper von Kaninchen ebenfalls keine sympathische Affection erzielt. Sollte die sympathische Ophthalmie in der von Deutschmann beschriebenen Weise übertragen werden, so muss sie zuerst als Neuro-Retinitis auftreten. Aber für den Typus der sympathischen Affection, für die Iridocyklitis bleibt uns das Experiment die Erklärung schuldig, ebenso für die allgemein anerkannte besondere Gefährlichkeit der Verletzungen des Corp. ciliare. Dass der Iridocyklitis aber nicht immer eine ausgeprägte Sehnervenaffection vorausgeht (— auf eine sogenannte Hyperämie ist nicht viel Gewicht zu legen, da sie sich, abgesehen von der Unsicherheit ihrer Diagnose, auch sonst bei schweren Erkrankungen des anderen Auges gelegentlich findet —), habe ich bei Fällen sympathischer Ophthalmie, deren Entstehung ich verfolgen konnte, sicher constatirt. Neuerdings hat sogar Grunert bei der mikroskopischen Untersuchung eines sym-

pathisch erkrankten Auges constatirt, dass die entzündlichen Veränderungen im Opticus von der Pupille an cerebralwärts immer mehr abnehmen.

Noch weniger wahrscheinlich erscheint die Uebertragung durch den Sehnerven, wenn man bedenkt, dass gerade in den Fällen deutlichster und acutester infectiöser Entzündung, wie wir sie bei manchen Formen der eitrigen Chorioiditis haben, die sympathische Erkrankung ausbleibt, trotzdem man anatomisch ausgeprägte Opticusaffectionen in dem primär erkrankten Auge findet. Ja die Erfahrung hat ergeben, dass nach eitriger Chorioiditis oder Panophthalmitis zurückbleibende phthisische Stümpfe, im Gegensatz zu den in anderer Form phthisisch gewordenen Augen, am wenigsten Neigung haben, später eine sympathische Affection zu veranlassen; wie ich meine, wohl in Folge der eingetretenen Destruction der Ciliarnerven. Auch der Einwand trifft nicht zu, dass bei schleichender Iridocyklitis gerade die wiederholte und fortgesetzte Uebertragung der infectiösen Masse die Entzündung hervorrufe. Die eitrigen Chorioiditen pflegen sich ebenfalls 6 bis 8 Wochen lang im Eiterstadium zu befinden; selbst wenn nur eine wiederholte und dauernde Uebertragung die sympathische Affection bewirken sollte, so würde diese Zeit sicher ausreichen, da wir bekanntlich sympathische Ophthalmien oft in einer viel kürzeren Zeitspanne entstehen sehen. Diese Ueberlegung spricht auch dagegen, dass durch überwandernde Toxine von Staphylococcus pyogenes, wie Selenkowsky aus seinen Thierversuchen neuerdings schliesst, die sympathische Ophthalmie veranlasst würde. Den weiteren Erklärungsversuch, dass bei Panophthalmitis durch die massenhafte Eiterbildung die Entzündungserreger beseitigt und zerstört würden, kann ich ebenfalls nicht für zutreffend erachten, da einmal im Beginn der Erkrankung die Eiterung eben noch nicht massenhaft ist und weiter in panophthalmitischen Augen noch nach Wochen lebensfähige Mikrokokken gefunden werden. Ich habe in einem Falle, wo die Panophthalmitis bereits vier Wochen bestand, aus dem Eiter des Augeninnern Staphylococcus pyogenes aureus gezüchtet und mit der Reincultur bei Kaninchen durch Hornhautimpfung eitrige Keratitis und Iritis erzielt. Aehnliches hat Schirmer constatirt. Dass in einer Reihe von Augen, welche Anlass zu sympathischen Affectionen gaben, auch Staphylococcus pyogenes nachgewiesen ist, will nicht viel sagen, da dieser Pilz auch bei Entzündungen, die keine sympathischen Affectionen hervorrufen, vorkommt; bedeutungsvoller ist, dass in einer grossen Anzahl von enucleirten sympathisirenden Augen überhaupt bei sorgfältigster bacteriologischer Untersuchung keine Bacterien gefunden sind (Hirschberg, Kuhnt, Greeff, Bach, Schmidt-Rimpler und Andere). Selbst Deutschmann suchte in einem Falle vergeblich nach ihnen, fand sie aber im Tenon'schen Raume. Wenn man diesen Befund für genügend erachten wollte, so müssten sogar orbitale Processe eine migratorische Ophthalmie hervorrufen können! Das erscheint jedenfalls sicher, dass es sich bei Erregung sympathischer Ophthalmien nicht um eine der uns bisher bekannten und auf unseren üblichen Nährboden wachsenden Bacterie handeln kann. — Gegen die Allgemeingültigkeit der erwähnten Hypothese spricht aber besonders nachstehender Fall. Wegen zu befürchtender sympathischer Ophthalmie führte ich an dem linken an Iridocyklitis in Folge einer perforirenden Wunde erkrankten Auge die Neurectomia opticociliaris aus. 1 $^1/_2$ Jahre später erkrankte das rechte Auge an einer sympathischen Iridocyklitis, die nach Enucleation des linken Bulbus heilte. Bei der Untersuchung desselben waren keinerlei Mikrokokken nachweisbar, ebensowenig fanden sie sich in dem resecirten, 1 $^1/_2$ cm langen Sehnervenstück. Hingegen waren im Corp. ciliare, sowie in der Cornea, einzelne wohlerhaltene Nerven vorhanden, während dieselben in den hinteren Partien des Bulbus, speciell an den Eintrittsstellen in

der Nähe des Opticus atrophirt waren. Es ist hier also sicher eine Uebertragung durch Mikroorganismen ausgeschlossen, hingegen durch das Erhaltensein von Ciliarnerven, die, wie es zuweilen vorkommt, weiter vorn in den Bulbus getreten sind, der Gedanke an reflectorische Erregung nahegelegt. Der experimentelle Versuch Deutschmann's, bei dem derselbe nach Resection eines Stückes Opticus beim Kaninchen die Neubildung eines directen bindegewebigen Verbindungsstranges zwischen dem centralen Opticusende und dem Bulbus gesehen hat, durch den ein Fortkriechen der Bacterien erfolgen könnte, scheint mir gegen den obigen Fall nichts zu beweisen, da hier eben die Bacterien im Sehnervenstumpf fehlten. Im Uebrigen gelang es bei Nachuntersuchungen, die Velhagen auf meine Veranlassung anstellte, nicht, einen derartigen Verbindungsstrang nachzuweisen. Zu denselben negativen Ergebnissen gelangten Bach und Zimmermann. Auch konnte die Verbreitung von Farbstoffen, die in die Schädelhöhle eingespritzt wurden, von dem centralen Opticusende in den Stumpf am Bulbus nicht verfolgt werden. Es trat gewöhnlich keine, ausnahmsweise eine diffuse Färbung des orbitalen Gewebes ein. Dass nach ausgiebiger Resection des einen Opticus sich eine auch nur annähernd gleichwerthige Verbindung zwischen beiden Augäpfeln wieder herstelle, halte ich danach für vollkommen ausgeschlossen.

Die Prophylaxe der sympathischen Affection ist von höchster Bedeutung, bietet aber oft Anlass zu den schwersten und verantwortlichsten Ueberlegungen —: sie besteht in der möglichst frühzeitigen Enucleation (bezw. Exenteration oder Neurectomia optico-ciliaris) des gefahrbringenden Augapfels. Allerdings habe ich mit Anderen sogar trotz und nach der Herausnahme noch sympathische Ophthalmien entstehen sehen — in einem von Nettleship mitgetheilten Falle selbst 25 Tage danach —, doch sind diese Fälle ausserordentlich selten; sie lassen sich so deuten, dass der zweite Bulbus bereits soweit durch die vorangegangene reflectorische Einwirkung alterirt worden war, dass er für eine ihn selbst nachträglich treffende Schädlichkeit noch einen günstigen Boden abgab. Bei den nach der Neurectomia optico-ciliaris entstandenen sympathischen Ophthalmien kann in das Erhaltenbleiben von vorderen Ciliarnerven, wie ich gesehen, oder in das Wiederhineinwachsen durchschnittener in den Bulbus (Axenfeld) eine Erklärung gesucht werden. Ebenso dürften bei den gleichen Erkrankungen nach Exenterationen, von denen ich zwei beobachtet, die zurückgebliebenen Nerven anzuschuldigen sein.

Ist das verletzte Auge erblindet und in seiner Form entstellt, so wird die Herausnahme kaum Bedenken machen, doch entschliessen sich manche Patienten auch dann noch schwer.

Unter allen Umständen aber muss man einen phthisischen Augapfel oder ein erblindetes Auge entfernen oder durch andere Operationen unschädlich machen, wenn ein Fremdkörper sich darin befindet. Dasselbe gilt, wenn ein phthisischer oder ein schwer verletzter Augapfel mit geringem Sehvermögen auf Druck länger anhaltende, cyklitische Schmerzhaftigkeit zeigt. Der cyklitische Schmerz, bei dem die Kranken

beim Betasten des Corp. ciliare lebhaft zurückzucken, ist ein Zeichen drohender Gefahr. Bisweilen kann er sich zwar wieder verlieren, ohne dass eine sympathische Affection eintritt; auch kommen andererseits ausnahmsweise Fälle vor, wo, ohne dass derartige cyklitische Schmerzen vorhanden sind, dennoch eine sympathische Affection ausbricht. Aber es ist hier immerhin möglich, dass dieselben zur Zeit der Untersuchung geschwunden sind oder die Untersuchung (Betasten des ganzen Corp. ciliare mit einem Sondenknopf) nicht exact durchgeführt wurde.

Augäpfel, die sehr ausgedehnte Verletzungen mit Glaskörper- und Linsenaustritt, Netzhautablösungen u. s. w. erlitten haben, wird man am besten sofort nach dem Unfall herausnehmen.

Schwieriger ist die Frage dann, wenn bei geringeren Verletzungen noch ein einigermaassen genügendes Sehvermögen zu erwarten ist. Hier wird vor Allem die Entfernung etwa eingedrungener Fremdkörper zu versuchen sein. Bei Eisensplittern im Augeninnern leistet der Elektromagnet öfters treffliche Dienste; sonst müssen Pincetten und krumme stumpfe Häkchen in Anwendung kommen. Wird der Fremdkörper entfernt, so kann man unter beständiger, sorgsamster Beobachtung des Kranken — besonders muss derselbe lange im dunklen Zimmer gehalten werden — die Weiterentwicklung des Heilungsprocesses abwarten. Gelingt die Entfernung nicht, so ist die Enucleation immer das Sicherste. Aber auch ohne dass Fremdkörper im Augapfel verweilen, sehen wir gelegentlich sympathische Affectionen auch nach kleineren Verletzungen ausbrechen. Besonders gefährlich sind, wie erwähnt, diejenigen, welche in die Gegend des Corp. ciliare fallen. Treten überhaupt bei verletzten Augen cyklitische Schmerzen, die anderer Therapie (Blutegel, Quecksilber) nicht schnell weichen, auf, wird der Bulbus weich, so ist immer die Enucleation (Exenteratio bezw. Neurectomia optico-ciliaris) anzurathen, selbst wenn noch einiges Sehvermögen vorhanden ist.

Enucleatio. Exenteratio bulbi. Neurectomia optico-ciliaris.

Die Enucleation ist seit Bonnet an Stelle der früher üblichen Exstirpation getreten. Während bei letzterer der Augapfel mit den anhaftenden Theilen, Muskelstümpfen u. s. w. mittels eines Messers aus der Orbita herausgeschnitten wird, löst man bei der Enucleation sorgfältig die Sehnen von der Sclera und schält den Bulbus aus der Tenonschen Kapsel. Man beginnt die Operation, indem man vor dem R. externus oder internus eine Conjunctivalfalte dicht neben dem Cornealrande aufhebt und mit der gebogenen Scheere einschneidet. Alsdann

löst man nach dem Aequator hin die Conjunctiva in grösserer Ausdehnung vom Bulbus ab. Darauf wird die Sehne des Muskels auf den Schielhaken genommen und von der Sclera abgetrennt. Indem man alsdann nach oben oder unten mit dem Schielhaken geht, spannt man die Conjunctiva und schneidet mit der Scheere in Fortsetzung des ersten Conjunctivalschnittes dieselbe wieder concentrisch zur Hornhaut ein; darauf fasst und trennt man die entsprechende Sehne. In derselben Weise löst man sämmtliche Recti nacheinander ab; die Conjunctivalwunde ist kreisförmig und parallel der Hornhautperipherie. Bei einiger Uebung kann man auch ohne Anwendung der Schielhaken mit einer geraden Scheere, nach Circumcision der Conjunctiva um die Cornea herum, die Sehnen direct vom Bulbus trennen. Man hüte sich sehr, Conjunctiva unnöthiger Weise herauszuschneiden, da hierdurch der Raum für das Einsetzen eines künstlichen Auges verkleinert, ja bisweilen das Einsetzen ganz unmöglich gemacht wird. Um den Bulbus aus der Orbita zu luxiren und den Sehnerven anzuspannen, nimmt man am besten den Bulbus zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand, zieht ihn kräftig hervor und geht an der äusseren oder inneren Seite mit einer etwas grösseren, halbgekrümmten Scheere ein, schiebt sie längs der Sclera nach hinten und durchschneidet den Sehnerven. Um ein Einschneiden in die Sclera zu vermeiden, hat Welz einen ganz praktischen Enucleationslöffel angegeben, der hinter den Bulbus geschoben wird und in einer Rinne den Opticus aufnimmt. Will man ein grösseres Stück Sehnerv am Auge lassen, so muss man entsprechend tief mit der Scheere in die Orbita dringen. Nachträglich den Opticus in dem Fettgewebe zu finden und herauszuziehen, ist oft schwer. Die stärkere Blutung zeigt uns, dass der Sehnerv durchtrennt ist. Den stark hervorgezogenen Bulbus hat man noch von den Obliquus-Sehnen zu lösen.

Operirt man ohne Chloroform, so kann man constatiren, dass bei der schnellen Sehnervendurchschneidung, entgegen früheren Angaben, keine Lichterscheinungen wahrgenommen werden; wohl aber reagirt nach der Heilung der in der Orbita lagernde Sehnervenstumpf in vielen Fällen mit Photopsien, wenn man ihn kräftig stösst, zerrt oder elektrisch reizt.

Die Blutung steht meist sehr schnell. Nachdem man mit Aqu. chlori oder Sublimatlösung die Orbita ausgespült hat, legt man auf die geschlossenen Lider einen festen antiseptischen Druckverband an. Ein Zunähen der Conjunctivalwunde oder ein Ausfüllen der Orbita mit einem von Sublimatmull oder Borlint umhüllten Wattetampon ist in der Regel bei der Enucleation nicht nöthig, eher bei der Exstirpation. In vier bis fünf Tagen ist die Heilung vollendet. Die Operation ist fast

vollkommen ungefährlich, nur vereinzelte Fälle — zumeist wenn im Stadium beginnender oder ausgesprochener Panophthalmitis enucleirt wurde — sind bekannt geworden, bei denen ein letaler Ausgang (durch Meningitis u. s. w.) erfolgt ist.

Um diese Gefahr zu vermeiden und weiter einen besseren Stumpf zu erhalten, empfiehlt Alfr. Graefe die Exenteratio bulbi. Man geht im Sclerallimbus mit einem schmalen Graefe'schen Messer ein und macht, hinter der Iris bleibend, einen Lappenschnitt nach oben, fasst dann diesen Lappen und trennt in gleicher Weise die untere Hornhauthälfte hinter der Iris. Durch Einführen eines flachen, münzenförmigen, scharfgeränderten Löffels (Bunge's Exenterationslöffel) zwischen Uvea und Sclera entleert man den ganzen Augeninhalt; die vordere Scleralwunde wird nach Ausspülung der Höhle mit Aqu. chlori in horizontaler Richtung durch 3—4 Nähte geschlossen. Die Nähte fassen Sclera und Conjunctiva; nöthigenfalls bedeckt man die etwa partiell freiliegende Scleralwunde noch durch Uebernähen mit Conjunctiva. Die der Operation folgende Reaction ist in der Regel unbedeutend, bei stärkerer Conjunctivalchemose macht man Eisumschläge; jedoch dauert die Heilung etwas länger als nach der Enucleatio. Der anfänglich gefüllte Scleralsack schrumpft meist im Laufe der Jahre, wenngleich eine Gewebsneubildung aus dem Exsudat erfolgen kann (Bunge). Die Exenteration ist an Stelle der Enucleation oft mit Nutzen auszuführen; besonders angezeigt ist sie bei beginnenden oder schon ausgeprägten eitrigen Entzündungen. Um die Verkleinerung des Stumpfes zu vermeiden, hat man mit meist nur vorübergehendem Erfolg eine Glaskugel oder vergoldete Silberhohlkugel (Mules, Kuhnt) in die Scleralkapsel eingeheilt; auch wurde zwei Mal nach einigen Wochen eine sympathische Ophthalmie beobachtet (Cross). —

An Stelle der Entfernung des Auges hat man versucht, nur die Bahnen, auf welchen die Uebertragung der sympathischen Ophthalmie auf das andere Auge erfolgt, ungangbar zu machen, indem man die Ciliarnerven und den Opticus durchschnitt. Schon A. v. Graefe hatte vorgeschlagen, die Ciliarnerven, welche der Stelle der cyklitischen Schmerzhaftigkeit entsprechen, mit der Scheere zu trennen. Methodisch ist dieser Gedanke erst durch Schöler verfolgt worden, der bei der Neurotomia optico-ciliaris den Sehnerven und die um ihn liegenden hinteren Ciliarnerven durchschnitt. Etwas früher waren von Boucheron an Thieren ähnliche Versuche angestellt worden. Besser ist es, ein Stück des Sehnerven zu reseciren.

Das Verfahren der Neurectomia optico-ciliaris ist in folgender Weise auszuführen. Man incidirt die Conjunctiva dicht über dem Sehnenansatz des Rect. internus, circa 6 mm von dem Hornhautrande entfernt, und erweitert den Schnitt parallel der Corneaperipherie ausgiebig nach oben und unten. Alsdann nimmt man, wie bei der Schieloperation, die Muskelsehne auf dem Schielhaken und legt durch ihren peripheren Theil einen Faden, womit man den Muskel nach der darauf folgenden Trennung der Sehne festhält und nasenwärts vom Bulbus abzieht.

Letzterer wird nunmehr stark temporalwärts gerollt. Mit einer etwas grösseren Scheere geht man längs der Sclera in die Tiefe bis jenseits des Sehnerveneintritts und durchschneidet den Sehnerven in der Weise, dass ein Theil desselben noch am Bulbus bleibt. Alsdann sucht man, indem man den Bulbus mittels eines scharfen Doppelhakens, welcher in die blossgelegte Sclera eingesetzt wird, möglichst stark nach aussen zieht und dabei die äussere Hälfte desselben gleichzeitig mit einer Pincette nach hinten drückt, den hinteren Pol des Bulbus durch die über dem R. internus gelegene Conjunctivalwunde hervor zu ziehen und sich zu Gesicht zu bringen.

Man dreht den Bulbus also eigentlich um. Liegt der Sehnerveneintritt vor, so resecirt man das an dem Bulbus haften gebliebene Stück des Opticus und säubert den angrenzenden Theil der Sclera in der Ausdehnung von etwa einem Centimeter durch Scheerenschnitte, welche die Reste der Ciliarnerven treffen. Darauf wird der Bulbus wieder reponirt und der R. internus an seinen Sehnenstumpf angenäht: auch die Conjunctivalwunde vereinigt man durch Naht. Um zu verhüten, dass die in der Nähe der Ansätze der M. recti in die Sclera sich einsenkenden Nervenäste später in das Corp. ciliare hineinwachsen und so vielleicht neue reflectorische Reizungen bewirken, kann man noch vor Lösung des Rect. internus an den betreffenden Stellen die Conjunctiva incidiren und das episklerale Gewebe scarificiren. Während der Heilungsperiode wird ein Druckverband angelegt.

Durch starke Blutungen ist zuweilen ein Heraustreiben des Bulbus aus der Orbita bewirkt worden. Doch lässt sich dies ziemlich sicher vermeiden, wenn man nach Durchschneidung des Opticus nicht sofort den Bulbus umkehrt, sondern erst das Auge schliesst und durch festen Druck mit in kalte Sublimatlösung oder Aqu. chlori getauchter Watte die retrobulbäre Blutung stillt. Das Herumdrehen des Bulbus ist bei phthisischen Augen leicht, schwerer bei Augen von normaler Grösse oder bei Staphylomen. Hier muss einmal die Conjunctivalöffnung verhältnissmässig gross sein und dann mit grösserer Kraft der Bulbus herumgedreht werden. Um letzteres zu erleichtern, kann man die M. obliqui ablösen (Schweigger). Beim Eingehen von der Aussenseite, nach Ablösung des R. extern., ist die Drehung des Bulbus und die Opticusresection schwieriger. Man hat allerdings den Vortheil, dass, im Falle die Wiederanheilung der gelösten Sehne nicht gut gelingt, der entstehende Strabismus (nach innen) weniger stört, als das divergirende Schielen nach nicht gelungener Anheilung der Internussehne.

Ohne die durch Umdrehung ermöglichte Inspection des Sehnerveneintrittes ist das Verfahren unsicher, ebenso ohne Resection des Sehnerven und entsprechende ausgiebige Lageveränderungen des Bulbus, zumal anatomische Untersuchungen von Krause gezeigt haben, dass von den centralen Enden der durchschnittenen Ciliarnerven neue Aeste später wieder in den Bulbus hineinwachsen können. Dies muss ebenso wie eine directe Wiedervereinigung der Stümpfe vermieden werden. Als Zeichen der Durchschneidung der Ciliarnerven dient uns die eintretende Gefühllosigkeit der Cornea. Die Conjunctiva, welche nicht von Ciliarnerven versorgt wird, behält ihre Empfindung; aber auch auf dem eigentlichen Hornhautgebiet kann dieselbe partiell bestehen bleiben oder wieder eintreten, wenn, wie nicht selten bei phthisischen oder entzündeten Augen, Conjunctivalgefässe mit ihren Nerven auf die Cornea übergehen. Nach längerer Zeit stellt sich durch Hineinwachsen der Conjunctivalnerven in der Regel die Sensibilität wieder her.

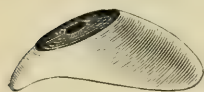
Die Neurectomia optico-ciliaris bietet nicht dieselbe prophylaktische Sicherheit wie die Enucleation. Selbst wenn durch die Resection eine Wiederverwachsung der Nerven vermieden wird, so ist es möglich, dass bei, von der Norm abweichendem Verlauf der Ciliarnerven einzelne Aeste, die — wie es constatirt

ist — vielleicht weiter vorn sich in die Sclera senken, undurchschnitten bleiben: ebenso kann eine Neubildung derselben wie in dem oben mitgetheilten Fall erfolgen oder auch ein Wiederhineinwachsen. So treten auch bisweilen nachträglich wieder neue cyklitische Schmerzen ein, die eine nachträgliche Entfernung des Bulbus indiciren. In einem derartigen Falle hat Axenfeld Neurome an den durchschnittenen Nerven gefunden. Auch zeigt die oben mitgetheilte Beobachtung, dass selbst nach der Neurectomie noch eine sympathische Affection sich ausbilden kann.

Andererseits ist es jedoch von Vortheil, ein gut aussehendes, wenn auch blindes Auge dem Patienten zu erhalten. Man wird an Stelle der Enucleation die Neurectomia optico-ciliaris ausführen dürfen, wenn es sich um Augen handelt, die erfahrungsgemäss nicht besonders gefahrdrohend sind, aber doch gelegentlich zu sympathischen Leiden führen können: so bei manchen Verletzungen ohne Zurückbleiben eines Fremdkörpers. Phthisische und schlecht aussehende Augen enucleirt oder exenterirt man lieber, da ein künstliches Auge alsdann getragen werden kann, das erheblich besser aussieht. Bei Kindern ist es allerdings bisweilen wünschenswerth, den Bulbus zu erhalten, weil ohne ihn die betreffende Orbita zusammensinkt und die Gesichtshälfte in ihrer Entwicklung leidet. Auch in den Fällen, bei welchen die Patienten sich absolut der Enucleation widersetzen, wird man dieses, in der Regel genügende Auskunftsmittel ergreifen.

Einsetzen eines künstlichen Auges. Prothesis ocularis.

Nach der Exenteration oder Enucleation des Augapfels oder bei Phthisis bulbi sucht man durch Einlegen eines künstlichen Auges (in Gestalt einer dem erhaltenen Auge entsprechend bemalten, emaillirten Porzellanschale, Fig. 159), den Verlust kosmetisch auszugleichen. Neuerdings hat Snellen eine etwas andere Form des künstlichen Auges construirt: an Stelle der einfachen hohlen Schale ist noch eine zweite, etwas flachere hinten angefügt, die sich dem Bulbusstumpf besser anlegt; diese Modification macht natürlich das künstliche Auge etwas schwerer. — Das künstliche Auge bietet auch den Vortheil, dass die Lider besser beweglich werden; gewöhnlich hängt ohne dasselbe das obere Lid leicht herab, da dem Levator palpebralis superior die ausreichende Unterlage fehlt, auf der er das Lid nach hinten zieht und so hebt: auch besteht öfters Entropium. Ebenso wird bei Kindern der Verkleinerung der Orbitalhöhle in etwas vorgebeugt. Kann man ihnen noch keine Stücke von Porzellan anvertrauen, so benutzt man mit Vortheil Schalen von Celluloid oder von in warmem Wasser biegsamen Vulcanit.



159.

Man darf das künstliche Auge erst einsetzen, wenn die Conjunctiva und der Stumpf reizlos sind; nie, wenn ein etwa vorhandenes phthisisches Auge auf Druck noch empfindlich ist. Nach der Enucleation, bei der die Sehnen der Muskeln an den Narbenstumpf anwachsen, macht

das eingesetzte künstliche Auge ganz ausreichende Bewegungen, noch bessere nach der Exenteration oder wenn der Bulbus, selbst in verkleinertem Zustande, erhalten geblieben ist. Es ist alsdann nicht immer leicht, das künstliche Auge als ein solches zu erkennen. Allerdings wird es bei excessiven Blickrichtungen immer etwas zurückbleiben: auch haften gelegentlich kleine Schleimfäserchen auf der Cornea, die bei einem sehenden Auge, da sie stören, durch Lidschlag sofort entfernt werden.

Bisweilen hat die Einsetzung eines künstlichen Auges Schwierigkeiten, wenn nach Exstirpationen, schlecht ausgeführten Enucleationen, Verletzungen oder malignen Conjunctivalaffectionen der Bindehautsack sehr geschrumpft ist. Man verwendet dann entweder besonders gearbeitete Porzellanaugen oder schneidet die Celluloidschalen entsprechend zu; durch Implantation von Kaninchenschleimhaut oder sonstige Operationen (siehe Symblepharon) das Terrain entsprechend zu vergrössern, ist schwierig und gelingt nicht immer.

Das Einlegen des künstlichen Auges geschieht so, dass man zuerst das obere Lid etwas abzieht und darunter die Schale schiebt, alsdann durch Abziehen des unteren Lides auch den unteren Rand in die Orbitalhöhle gleiten lässt. Es darf keine Schmerzen verursachen, vor Allem also nicht zu gross sein. Zum Herausnehmen wird eine etwas umgebogene Haarnadel nach dem Abziehen des unteren Lides unter den unteren Rand des künstlichen Auges geschoben. Während der Nacht ist das Auge immer aus der Augenhöhle zu entfernen und nach Reinigung mit destillirtem Wasser in Watte aufzubewahren. Leichtere Reizungen der Conjunctiva kann man mit häufigeren Einträufelungen von physiologischer Kochsalzlösung bisweilen vortheilhaft bekämpfen.

Zur Ersetzung eines künstlichen Auges hat Chibret versucht, gleich nach der Enucleation das Auge eines Kaninchens in die Augenhöhle durch Annähen der Muskeln und der Conjunctiva einzuheilen. Es trat jedoch bei seinem und Anderer Versuche bald Vereiterung ein, welche zur Herausnahme des implantirten Bulbus zwang. Nur von Bradfort ist ein Fall bekannt, wo das Kaninchenauge, dessen Sehnerv mit dem Nerven des enucleirten Auges vernäht worden war, einheilte und noch nach 12 Wochen eine normale Beschaffenheit zeigte.

3. Chorioiditis suppurativa. Panophthalmitis.

Die Affectionen der Chorioidea treten entweder ohne erhebliche Exsudation und Eiterbildung auf und zeigen dann sich vorzugsweise bei der Augenspiegeluntersuchung durch Gewebsveränderungen (Formen, die als Chorioiditis disseminata, Chorio-Retinitis u. s. w. bereits ihre Beschreibung

gefunden haben), oder sie veranlassen mehr oder weniger ausgedehnte Exsudationen, die unter stark entzündlichen Erscheinungen auf Netzhaut und Glaskörper übersetzen. Der Process ergreift alsdann meist auch die Regenbogenhaut, wenn er nicht, wie häufig, von einer Entzündung dieser Partie der Uvea ausgegangen ist. Als Irido-Chorioiditis wird, wie oben erwähnt, letztere Affection bezeichnet, sobald die Exsudation in den Glaskörper nicht besonders massenhaft und nicht direct eitriger Natur ist. Besteht gleichzeitig eine Steigerung des intraocularen Druckes und seröse Durchtränkung der Netzhaut, öfters mit flachen Abhebungen derselben, so spricht man von einer Chorioiditis serosa: diese Affection ist in voller Reinheit ausserordentlich selten.

Handelt es sich dagegen um stark eitrige und massenhafte Exsudationen, so bezeichnet man den Process als Chorioiditis suppurativa. Hier sind immer sehr hervortretende äussere Entzündungserscheinungen vorhanden: starke pericorneale und conjunctivale Injection, Oedem der Conjunctiva bulbi und Schwellung der Lidhaut. Daneben Absonderung eines schleimig-eitrigen Conjunctivalsecrets. Der Bulbus ist hart. Der Glaskörper ist vollkommen undurchsichtig; die Iris hyperämisch verfärbt, Pupille eng, Kammerwasser trüb, oft frühzeitig Hypopyon in der vorderen Kammer, die Cornea leicht diffus getrübt. Das Sehvermögen ist fast ganz aufgehoben. Dabei bestehen heftige Schmerzen im Auge und in der Stirn und öfters Fieber.

Steigert sich die Entzündung noch mehr, sind auch Orbitalgewebe, Cornea und Sclera betheiligt, so haben wir das Bild der Panophthalmitis. Hier ist der hochrothe, mit ödematöser Schleimhaut bedeckte Bulbus oft so stark hervorgetrieben, dass man an eine retrobulbäre Geschwulst denken könnte. Die Lider sind geröthet, ödematös und können kaum geöffnet werden. Nach einigem Bestehen der Entzündung entleert sich der Eiter aus dem Augeninnern entweder durch eine bereits vorhandene Oeffnung (etwa durch ein Hornhaut-Ulcus oder, wenn die Panophthalmitis nach Operationen entstanden ist, durch die Operationswunde), oder es bildet sich in der Sclera eine Perforationsstelle.

Bei der anatomischen Untersuchung von Augen mit suppurativer Chorioiditis findet man grosse Massen von Eiterkörperchen im Stratum und der Capillarschicht, die eine erhebliche Verdickung bewirken und das Pigmentepithel oft weit fort gegen den Glaskörper drängen. Zwischen den unregelmässig geformten Pigmentzellen des Epithels, soweit es als Schicht erhalten ist, sind ebenfalls ein und mehrkernige, auch granulirte Zellen eingestreut. Die Suprachorioidea pflegt weniger afficirt zu sein. Die Iris ist öfters durch hinterliegendes Exsudat stark nach vorn geschoben. Netzhaut und Papilla optica zeigen eitrige

Infiltrationen, erstere auch hämorrhagische Infarcte. Der Glaskörper ist bisweilen in eine einzige Eitermasse verwandelt. An freien Stellen derselben findet man graue hyaline Massen, Fäserchen und Fett. Die Sclera ist in der Umgebung der Perforationsstelle meist verdickt.

Die Eiterung dauert lange Zeit fort und erst in 6 bis 8 Wochen schwinden die entzündlichen Erscheinungen. Der Augapfel ist nach und nach erheblich kleiner geworden, die Cornea pflegt stark an ihrem Umfange einzubüssen, wird abgeflacht, die vordere Kammer ist aufgehoben, auch von der Iris sind nur noch Reste zu sehen, die Pupille ist geschlossen. Die Spannung des Stumpfes ist herabgesetzt: es ist eine Phthisis (Atrophia) bulbi entstanden. Der Sehnerv wird atrophisch; die Atrophie schreitet allmählich rückwärts bis zum Chiasma und bisweilen darüber hinaus in beide Tractus.

Nicht immer steigert sich die Chorioiditis suppurativa zur Panophthalmitis. Es kann, trotzdem eine Perforation der Sclera eingetreten ist, zu einer Eitereinkapselung und einem Rückgange des Processes kommen, so dass der Bulbus in seiner Form erhalten bleibt. In weniger intensiven Processen stellt sich sogar ein gewisses Sehvermögen, wenn auch selten, wieder her. Häufig wird die eitrige Chorioiditis durch Verletzungen angeregt.

Während, wie Leber's Versuche zeigen, aseptische Körper vom Auge in der Regel ohne lebhaftere Reaction vertragen werden, tritt auf inficirende Eingriffe und auch auf manche chemische Einwirkungen (beispielsweise durch Kupfer und Quecksilber; weiter wären hierher noch die Stoffwechselproducte der Bacterien zu rechnen) lebhafteste eitrige Reaction hervor. Aber auch secundär werden durch Hornhaut- und Regenbogenhautentzündungen eitrige Chorioiditen angeregt. Besonders gefährlich sind periphere Irisvorfälle und cystoide Vernarbungen. — Bisweilen entstehen ohne jeden sichtbaren Anlass zur Panophthalmitis führende eitrige Chorioiditen in scheinbar entzündungsfreien Augen: es handelt sich alsdann meist um solche, die früher schwere Erkrankungen (Netzhautablösung, Irido-Chorioiditis u. s. w.) oder Operationen (z. B. Starextraction) überstanden haben. Auch in entzündungsfreien, staphylomatösen Augen habe ich den Ausbruch einer Panophthalmitis unter Fiebererscheinungen ohne nachweisbare Ursachen beobachtet; es ist hier an endogene Infection zu denken.

Zu den eitrigen Chorioiditen, welche nicht gerade häufig in Panophthalmitis übergehen, gehört die metastatische Irido-Chorioiditis oder metastatische Ophthalmie (Axenfeld). Sie findet sich besonders bei länger dauernder Pyämie, wie sie beim Puerperalfieber und nach inficirenden Verletzungen oder chirurgischen Operationen vorkommt. Es handelt sich meist um eitrige Thrombophlebitis, von der

aus das inficirte Material verschleppt wird. Die inneren Allgemeinkrankheiten, bei denen metastatische Ophthalmien vorkommen, gehören oft der kryptogenetischen Septikämie (Leube) an, bei denen sich keine primären Affectionen finden, welche den Mikroben als Eintrittsstelle dienen: es sind hier Fälle einzureihen, die unter dem Bilde des acuten Gelenkrheumatismus, Typhus, der Meningitis, Miliartuberculose oder unbestimmter Fiebererscheinungen verlaufen. In anderen zahlreichen Fällen entsteht die Augen-Affection bei Infectionskrankheiten: acuten Exanthemen, Diphtherie, Erysipel, Typhus, Pneumonie, Cerebrospinalmeningitis, Febris recurrens, Pocken, Parotitis epidemica. Bisweilen erscheint sie als einzig nachweisbare Metastase. Ueberaus häufig findet sich gleichzeitig Endocarditis ulcerosa.

Als Ursache der metastatischen Ophthalmie sind septische Embolien, besonders in den Capillaren der Retina (Axenfeld) anzusehen, erst später pflegt die Chorioidea afficirt zu werden. Störungen in der Blutcirculation scheinen die Ansiedlung der Bacterien zu unterstützen und so können auch maranthische Thrombosen den Ausgangspunkt des Leidens bilden. Man hat Streptokokken, seltener Staphyloccus pyogenes aureus und Pneumococcus gefunden.

Die metastatische Ophthalmie tritt in etwa ein Drittel der Fälle doppelseitig auf. Sie bietet meist eine schlechte Prognose auch für das Leben; häufiger sind Heilungen bei einseitiger Augenerkrankung. Jedoch sind bei Puerperalfieber einzelne Fälle von selbst doppelseitigen metastatischen Ophthalmien ohne letalen Ausgang beobachtet worden (Hirschberg u. A.). Iridochorioiditen bei Pneumonien und Meningitis haben keine prognostische Bedeutung.

Für das Auge selbst ist die Prognose bei ausgeprägter Panophthalmitis immer schlecht; mässige eitrige Chorioiditen können wenigstens mit Erhaltung der normalen Form des Augapfels enden. Dass ein geringes Sehvermögen sich wiederherstellt, kommt, wie erwähnt, nur selten vor. —

Die Behandlung des erkrankten Auges wird im Beginn entzündungswidrig sein müssen: Blutegel an die Schläfe, Atropin, Stirnsalbe, Ableitung auf den Darmcanal. Auch Eisumschläge können versucht werden; ebenso subconjunctivale Sublimat- oder Kochsalz-Injectionen. Bei inficirten Wunden ist die Anwendung des Galvanocauters und der Aqu. chlori empfehlenswerth; auch das Einführen von Jodoform kann versucht werden (Haab). Gegen die Schmerzen sind Narcotica zu reichen. Ist es zu einer ausgesprochenen Panophthalmitis gekommen, so dienen zur Beschleunigung des Ablaufes lauwarme Kataplasmen; dieselben müssen aber sehr klein sein, um keinen Druck auf das hervorgetriebene, schmerzhafte Auge zu üben.

Sollten sie, wie es nicht selten der Fall, die Schmerzen steigern, so muss man davon absehen. Das Einstechen in den Bulbus, um die Eiterentleerung zu beschleunigen, ist nicht zu empfehlen. Einmal kommt es dabei leicht zu stärkeren Blutungen, und weiter ist der Effect nicht erheblich, da der Eiter in der Regel nicht so dünnflüssig ist, um gleich in grösserer Menge herauszukommen. Noch weniger anzurathen ist die Enucleation des Bulbus, da dieselbe, in diesem Entzündungsstadium ausgeübt, durchaus nicht ungefährlich ist und öfters zu tödtlichem Ausgange geführt hat. Eher kann man die Exenteratio vornehmen.

—

Vierter Theil.

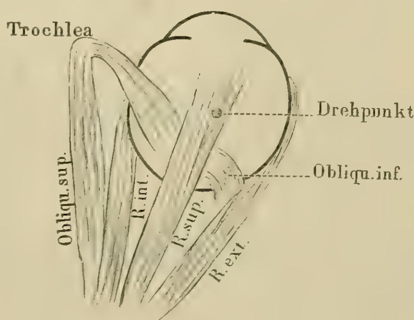
Erkrankungen der Augenmuskeln, der Orbita, der Augenlider und der Thränenorgane.

Erstes Kapitel.

Erkrankungen der Augenmuskeln.

Anatomie.

Das Auge wird durch sechs Muskeln bewegt: Rectus superior, Rect. inferior, R. externus (s. abducens s. lateralis), R. internus (s. medialis), Obliquus superior und Obliquus inferior (Figur 160). Die Recti nehmen ihren Ursprung an der Periorbita in der Nähe des Foramen opticum und umschliessen hier eng den Sehnerven und den Nervus oculomotorius, alsdann gehen sie auseinander, laufen anfangs dicht an den entsprechenden Orbitalwänden und wenden sich darauf, durch das Fettzellgewebe der Augenhöhle streichend, dem Bulbus zu, in dieser Weise eine Art Trichter bildend. Um zu ihrem Anheftungspunkt an den vorngelegenen Theil der Sclera zu kommen, durchbohren sie die Tenon'sche Kapsel. Letztere stellt eine aus lockerem Bindegewebe bestehende Schicht dar, welche als Grenzmembran des Fettzellgewebes aufzufassen ist. Sie schliesst dasselbe gegen den Bulbus hin ab und verbindet sich vorn mit der Conjunctiva. Die Fascien der geraden Augenmuskeln senden in die Tenon'sche Kapsel Ausläufer; mittels einzelner durch das Fettgewebe hindurchstreichender Bindegewebszüge stehen sie aber auch mit der Orbitalwand in Zusammenhang und bilden so Hemmungsvorrichtungen gegen eine übertriebene Wirkung der Muskeln (Merkel). Die Sehnen setzen sich, nachdem sie durch die Tenon'sche Kapsel hindurchgegangen, meist in bogenförmigen Anheftungslinien vorn an die Sclera. Sie stehen



160.
Rechtes Auge.

ausserdem noch an ihrer dem Bulbus zugekehrten Fläche, ebenso wie an ihren Seitenrändern durch mehr oder weniger starke Bindegewebsbündel mit dieser Membran in Verbindung: ein Verhalten, welches bei der Schieloperation in Betracht kommt, indem zur Erreichung stärkerer Rücklagerung des Muskels nicht nur der Sehnenansatz, sondern auch die sonstigen Verbindungen getrennt werden müssen. Die Entfernung des Sehnenansatzes vom Hornhautrande zeigt bei den einzelnen Augen erheblichere Abweichungen; eine von Merkel ausgeführte Reihe von Messungen ergab im Durchschnitt für die Sehne des R. internus eine Entfernung von 6·5 mm, für die des R. externus von 6·8 mm, für den R. superior von 8·0 mm, für den R. inferior von 7·2 mm. Am stärksten ist die Musculatur des R. internus entwickelt, am schwächsten die des R. superior. — Der Ursprung des Obl. superior befindet sich etwas nach vorn von dem des R. internus, dicht unter dem des Levator palpebr. superioris. An der oberen Wand der Augenhöhle entlang ziehend, geht seine Sehne über die Trochlea am inneren Theile des oberen Orbitalrandes, schlägt sich dann in einem Winkel von circa 58 Grad wieder nach hinten zurück und setzt sich, unter dem Rectus superior durchtretend, an der hinteren Hemisphäre des Bulbus und zwar am oberen und äusseren Quadranten desselben an. Der Obliquus inferior entspringt im Gegensatz zu obigen Muskeln vorn in der Nähe des unteren Orbitalrandes an der medialen Augenwand, geht, zwischen Bulbus und R. inferior sowie später zwischen Bulbus und R. externus gelegen, an die hintere Hemisphäre des Auges und setzt sich gegenüber der Sehne des Obliquus superior daselbst an.

Der Rectus superior, inferior, internus und der Obliquus inferior werden vom Oculomotorius innervirt, der R. externus vom Abducens, der Obliquus superior vom N. trochlearis.

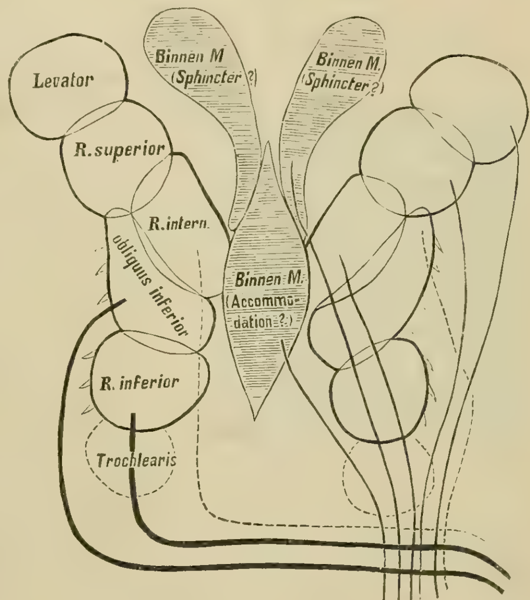
Die Ursprungsstelle des Oculomotorius im Gehirn liegt zum Theil am Boden des dritten Ventrikels, zum Theil unter dem Aquaeductus Sylvii. Seine Wurzelfasern ziehen durch die Haube des Hirnschenkels und treten zwischen dieser und dem Hirnschenkelfuss an die Oberfläche der Gehirnbasis. Vorher findet eine partielle Kreuzung derselben statt. An der Gehirnbasis verläuft der Oculomotorius zuerst nach vorn und aussen, lagert sich dann in die oberere äussere Wand des Sinus cavernosus ein und tritt schliesslich, in zwei Aeste getheilt, durch die Fissura orbitalis superior mit den anderen Nerven in die Orbita. Der Trochleariskern liegt weiter nach hinten, unterhalb der grauen Masse, welche den Aquaeductus Sylvii umgiebt; seine Fasern kreuzen sich mit denen der anderen Seite vollständig. Schliesslich am Boden des vorderen Theiles des 4. Ventrikels — vom Trochleariskern noch durch die zwischenliegenden Trigeminuskerne getrennt, aber andererseits durch die „hinteren horizontalen

Fasern" (Flechsig) verbunden — liegt der Kern des Abducens, dessen Fasern, auf derselben Seite bleibend, durch die Brücke zur Oberfläche ziehen. In seinem weiteren Verlauf durchbohrt er die hintere Wand des Sinus cavernosus und liegt an der äusseren Seite der Carotis interna.

Man unterscheidet am Oculomotorius-Ursprung eine Reihe von Kernen; über deren Bedeutung und Lage gehen aber die Meinungen auseinander. Während Bernheimer das nachstehend gezeichnete Schema der Lage der Kerne und ihrer Bedeutung für die einzelnen Augenmuskeln giebt, wird von Bach eine wirkliche anatomische Gliederung des Oculomotoriusursprungs überhaupt geleugnet. — Am meisten vorn liegen nach Bernheimer die Mediankerne für Sphincter iridis (entsprechend den kleinzelligen Mediankernen von Edinger-Westphal).

Für die Convergenzbewegung (accommodative Bewegung) muss an ein besonderes Convergenz-Centrum gedacht werden; dasselbe würde bei einer doppelseitigen Innervation des Rectus internus (cf. Schema von Bernheimer) in den betreffenden Kernen zu suchen sein.

Um die Ausführung der Bewegungen nach rechts und nach links auf Grund eines Nervenimpulses zu erklären, muss eine Verbindung des Abducenskernes eines Auges mit den Oculomotoriuskernen (Rectus internus) des anderen Auges angenommen werden (cf. das Schema von Bernheimer). Diese associirten Bewegungen (auch conjugirte Bewegungen genannt) nach rechts und links, nach oben und unten scheinen unter normalen Verhältnissen von der Sehsphäre (Munk und Schäfer) ausgelöst zu werden. Von letzterer gehen theils Fasern zu den subcorticalen Bewegungscentren, welche die unwillkürliche Bewegung der Augen erregen, bei denen die Blickrichtung auf vorher undeutlich Gesehenes gewendet wird, theils gehen Associationsfasern zu den motorischen Rindenfeldern, welche der willkürlichen Bewegung vorstehen. Diese Rindenfelder liegen für das Auge nach Ferrier im Gyrus angularis, nach Hitzig in der vorderen Centralwindung, nach Wernicke im unteren Scheitelläppchen. Als weitere Centren für die conjugirten Bewegungen werden die Vierhügel genannt (Adamück). Auch das Kleinhirn soll einen Einfluss auf die Augenstellung haben: experimentelle Reizungen brachten Nystagmus hervor (Russel).



161.

Schematische Flächenprojection der Zellgruppen in den Seitenhauptkernen und den Nebenkernen. Nach Bernheimer. Die dicken Striche zeigen die Fasern, welche gekreuzt verlaufen, die dünnen die ungekreuzten, die unterbrochenen (beim R. internus und Obliquus inferior), diejenigen, die bei verschieden verlaufenden Fasern die kleinere Anzahl bedeuten.

Für den Levator palpeprae superioris wird ein motorisches Centrum am oberen Ende der vorderen Centralwindung der entgegengesetzten Hirnhemisphäre angenommen (Hitzig).

Der Facialiskern liegt am Boden des 4. Ventrikels noch weiter nach hinten. Nach Mendel's Annahme ist der Kern des Augenfacialis (M. orbicularis palpebrarum und M. frontalis innervirend) von denen der übrigen Facialisäste getrennt: er verlegt ihn in den hinteren Theil des Oculomotoriuskernes. Klinisch wird diese Annahme dadurch gestützt, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, wo centrale Facialislähmungen vorhanden sind, gerade obige Aeste freibleiben, während sie bei peripheren Lähmungen mit getroffen sind.

A. Allgemeiner Theil.

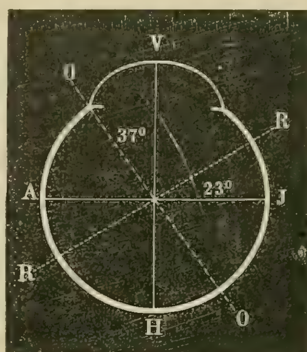
Physiologische Wirkung der Augenmuskeln. Schielen.

Wirkung der Augenmuskeln. Durch die Muskeln wird der Bulbus wie in einem Kugelgelenk liegend nach allen Richtungen hin bewegt. Der Drehpunkt, um den diese Bewegungen ausgeführt werden, entspricht nicht ganz dem Mittelpunkt des Augapfels, sondern liegt über 1 mm hinter ihm, durchschnittlich 13·5 mm hinter dem Hornhautscheitel (Donders, Volkmann). Er hat eine andere Lage im emmetropischen, myopischen und hyperopischen Auge. Auch übt die durch Verschiedenheit in der Länge der Augenachse bedingte Refractionsametropie einen Einfluss auf die Excursionsweite der Beweglichkeit aus; die der eiförmigen kurzsichtigen Augen pflegt geringer zu sein. Der am Perimeter gemessene Winkel zwischen äusserster Wendung des Auges temporalwärts und medialwärts (Blickfeld) schwankt etwa zwischen 85 Grad und 110 Grad, dabei übertrifft die Innenwendung die Aussenwendung um einige Grade; bei Myopen ist dies öfters umgekehrt. Meist kann das Auge so weit nach aussen gerichtet werden, dass der äusserste Punkt des Hornhautrandes den äusseren Lidwinkel fast oder ganz erreicht, während bei stärkster Innenwendung eine auf dem unteren Thränenpunkt errichtete Senkrechte fast die Mitte der Pupille schneidet. Das Maximum dieser Excursion kommt nur zu Stande bei gleichzeitiger Bewegung beider Augen nach rechts und links (bei associirten Bewegungen), nicht wenn man etwa die Innenwendung durch binoculare Fixation eines stark genäherten Gegenstandes (accommodative Bewegung) erzielen will.

Die Wirkung des einzelnen Muskels ergiebt sich aus der Lage seines Ursprunges, seines Ansatzes am Auge und des Drehpunktes. Denkt man sich durch diese drei Punkte eine Ebene gelegt, so entspricht dieselbe der Ebene des Muskelzuges, und ein auf dieser Ebene im Drehpunkt errichtetes Loth ist die Drehungsachse, um welche die

Bewegung des Auges erfolgt. Ihre Lage bleibt im Ganzen ziemlich unverändert, welche Richtung auch die Blicklinie (Verbindung des Drehpunktes mit dem fixirten Object) haben mag.

Von den sechs Augenmuskeln haben je zwei dieselbe Drehungsachse, um welche sie das Auge im antagonistischen Sinne bewegen. Die Drehungsachse des R. internus und externus liegt in der sagittalen (verticalen) durch den Drehpunkt des Auges gehenden Ebene und zwar senkrecht von oben nach unten. Die des R superior und inferior liegt in der horizontalen durch den Drehpunkt gehenden Ebene, aber nicht gerade von aussen nach innen, sondern so, dass das innere Ende der Drehungsachse etwas nach vorn, das äussere etwas nach hinten gerichtet ist (Figur 162 RR); der Winkel zwischen ihr und dem genau transversalen Durchmesser beträgt ungefähr 23 Grad (v. Graefe). Die Drehungsachse der Obliqui liegt ebenfalls annähernd in der horizontalen Durchschnittsebene des Auges, sie hat aber eine Richtung von vorn-aussen nach hinten-innen (Figur 162 OO) und zwar weicht ihr vorderer Endpunkt circa 37 Grad von der gerade von vorn nach hinten gehenden optischen Achse ab (Volkmann).



162.
Linkes Auge.
HV Blicklinie. A aussen. J innen. OO Drehungsachse des Obliquus superior und inferior. RR Drehungsachse des Rectus superior u. inferior.

Aus der Lage der Drehungsachsen lässt sich mit Leichtigkeit die von den einzelnen Muskelpaaren ausgeübte Bewegung des Augapfels ersehen. Es ist dabei zu beachten, dass ausser den Veränderungen in der Richtung der Blicklinie (Verbindung des fixirten Objectes mit dem Drehpunkt) auch noch eigentliche Rotationen des Bulbus selbst (Raddrehungen) eintreten können.

Zur Bestimmung der letzteren benutzt man vorzugsweise das Verhalten des verticalen Meridians (V. M.), d. h. des Meridians, in welchem eine durch den vorderen und hinteren Augenpol senkrecht gelegte Ebene die Bulbusoberfläche schneiden würde. Wenn bei den Raddrehungen die obere Hälfte des V. M. (nach dieser wird immer bestimmt) sich nach der rechten Seite des Untersuchten dreht, so spricht man von positiver Raddrehung und umgekehrt bei Linkswendung von negativer, oder mit anderen Worten, wenn das Irisrad nach rechts läuft, wird die Bewegung positiv, wenn es nach links läuft, negativ genannt.

Man geht bei der Wirkung der Muskeln von der sogenannten Ruhestellung oder Normalstellung der Augen aus: einer Stellung,

bei welcher der Blick beider Augen in horizontaler Richtung mit parallelen Augenachsen in die Ferne gerichtet ist.

Wirkung des ersten Muskelpaares. Der R. internus zieht das Auge gerade nach innen, der R. externus gerade nach aussen.

Zweites Muskelpaar. R. superior zieht das Auge nach oben; da aber seine Achse nicht vollkommen horizontal, sondern etwas von vorn-innen nach hinten-aussen verläuft, auch gleichzeitig etwas nach innen. Dabei wird V. M. mit seinem oberen Ende nach innen gedreht. — R. inferior zieht das Auge nach unten und etwas nach innen; der obere Theil des V. M. wird nach aussen gedreht.

Drittes Muskelpaar. Obliquus superior, der sich an der hinter dem Drehpunkt gelegenen oberen Augenhälfte ansetzt, zieht diese nach oben-innen; es geht demnach der vordere Augenabschnitt bezw. die Hornhaut nach unten und etwas nach aussen. Der V. M. wird mit seinem oberen Theil nach innen gedreht. — Obliquus inferior zieht die obere hinter dem Drehpunkt gelegene Augenhälfte nach unten-innen, die Cornea oder das Auge geht demnach nach oben und etwas nach aussen. Der V. M. wird mit seinem oberen Theil nach aussen gedreht. —

Aus dieser Wirkungsweise der Muskeln folgt, dass bei den Augenbewegungen nach oben und unten die in Betracht kommenden Muskeln gleichzeitig Raddrehungen machen, die einander entgegen wirken. Bei einer ganz bestimmten Ausgangsstellung der Augen lässt sich die Bewegung gerade nach oben oder nach unten ausführen, ohne dass eine Drehung des verticalen Meridians erfolgt, weil die Wirkungen des R. superior und Obliquus inferior bezw. des R. inferior und Obliquus superior auf die Raddrehung sich gegenseitig aufheben. Diese Stellung, welche individuell verschieden ist und von der die oben angegebene Normal- oder Ruhestellung meist dadurch abweicht, dass die Augen nicht ganz horizontal, sondern ein wenig gesenkt in die Ferne gerichtet sind, bezeichnet man als Primärstellung, die aus ihr hervorgehenden als Secundärstellungen. Bei allen anderen Blickrichtungen erfolgen Raddrehungen. Aber mit jeder gegebenen Blickrichtung ist ein bestimmter Grad der Raddrehung verknüpft; so beim Blick des Auges nach oben-aussen und unten-innen eine Drehung temporalwärts, hingegen beim Blick nach oben-innen und unten-aussen medialwärts (Donders-sches Gesetz). Man kann sich die Art der Raddrehung leicht merken, indem sie immer der Wirkung des Muskels entspricht, welcher seiner Zugkraft nach vorzugsweise die Blickrichtung bestimmen müsste. Also beispielsweise beim Blick nach oben-innen tritt eine mediale Neigung des V. M. hervor, wie sie vom R. superior, der das Auge nach oben-innen zieht, geübt wird. In Wirklichkeit aber kommt die intermediäre

Stellung hier in anderer Weise zu Stande. Es verbinden sich nämlich die beiden Heber (R. superior und Obliquus inferior) mit dem Innenwender (R. internus) zu gemeinsamer Wirkung. Dass bei dieser Gesammtwirkung gerade der R. superior gegenüber dem Obliquus inferior die Raddrehung beeinflusst, ist Folge der durch die Wirkung des R. internus bedingten Innenwendung des Auges (Adductionsstellung). Wir haben gesehen, dass die Drehungsachse des R. superior und inferior nicht gerade transversal durch das Auge läuft, sondern mit ihrem inneren Ende etwas nach vorn, mit ihrem äusseren Ende etwas nach hinten abweicht. Da nun ferner die Lage der Drehungsachsen im Raume trotz verschiedener Blickrichtung (oder mit anderen Worten bei jeder Stellung des Auges) immer dieselbe bleibt, so kann, falls wir uns das Auge sehr stark nach innen gerichtet denken, etwa so stark, dass die Blicklinie mit der Drehungsachse des R. superior zusammenfiele, dieser Muskel bei seiner Contraction das Auge nur radförmig um die Blicklinie drehen. Die Hauptwirkung des R. superior auf die Raddrehung tritt demnach ein bei einer Stellung des Auges, bei der die Blicklinie sich dem Verlauf seiner Drehungsachse nähert, d. h. in der Adduction.

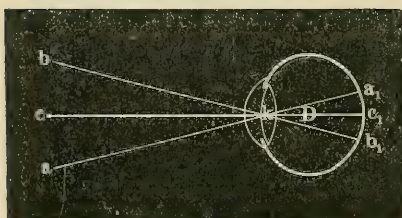
Hingegen wird die stärkste Wirkung des R. superior auf die Hebung des Auges vorhanden sein, wenn die Blicklinie senkrecht auf seiner Drehungsachse steht, d. h. wenn die Blicklinie stark nach aussen gerichtet ist (Abductionsstellung). Dieser Einfluss der Blickrichtung auf die Wirkung der Muskeln ist von hervorragender Bedeutung besonders bei Lähmungen. So würde bei einer Lähmung des R. superior des linken Auges, wenn der Blick stark nach innen gewendet ist, eine versuchte Hebung zwar erfolgen, da in dieser Stellung der Obliquus inferior fast allein die Hebung besorgt, aber mit unregelmässiger Raddrehung (temporalwärts) verknüpft sein. Ist hingegen der Blick stark abducirt, so würde die Hebung des Auges ausbleiben. — Natürlich gelten diese Betrachtungen in gleicher Weise für den Einfluss der Blickstellung auf die Wirkung der Obliqui; letztere heben oder senken das Auge vorzugsweise bei Adduction, rotiren es bei der Abduction.

Projection. Beim directen Sehen wird die Macula lutea auf den Gegenstand eingestellt. Die Verbindung des Objectes mit seinem Netzhautbilde bezeichnet man als Richtungslinie (Projections- oder Visirlinie).

Die Richtungslinien $c\ c_1$, $b\ b_1$ und $a\ a_1$ kreuzen sich im Kreuzungspunkt k (Figur 163), der für nicht zu peripher gelegene Punkte seiner Lage nach mit dem Knotenpunkt des Auges zusammenfällt. Die Richtungslinie $c\ c_1$, welche die Macula mit dem direct angesehenen Punkt c verbindet, fällt mit der Gesichts- oder Sehlinie zusammen und geht durch den Drehpunkt. Für die Richtungslinien des indirecten Sehens trifft letz-

teres aber nicht zu. Die Richtung und Lage eines Objectes im Raume finden wir, wenn wir das Netzhautbild desselben mit dem Kreuzungspunkt der Richtungsstrahlen verbinden und diese Linie nach aussen verlängern.

Ueber den Ort des Kreuzungspunktes der Richtungsstrahlen bei den verschiedenen Augenstellungen und Blickrichtungen sind wir durch den Nervenimpuls, den wir auf die Augenmuskeln wenden, genügend unterrichtet, und so können wir das central Gesehene im Raume wenigstens seiner Richtung nach, wenn wir die Entfernung nicht berücksichtigen, entsprechend localisiren. Die den peripheren Netzhautbildern zugehörigen Objecte werden im Verhältniss zu ihrer Excentricität neben und um das central Gesehene gruppirt: ein Vorgang, der, psychischer Natur, nur seine Anregung von der peripheren Reizung erhält. Im Grossen und Ganzen steht die Projection der peripheren Netzhautbilder im Verhältniss zu der anatomischen Entfernung des Netzhautbildes von der Macula: das nach oben gelegene Netzhautbild wird nach unten, das nach rechts gelegene nach links projicirt.



163.

Das binoculare Sehen giebt uns, vorzugsweise durch das Maass des Impulses zur Convergenz der Augenachsen, die factische Lage des central fixirten Objectes, während das monoculare mehr auf die Richtung leitet. Das Object liegt unserer Anschauung nach dort, wo die Sehlinien beider Augen sich in der Aussenwelt schneiden.

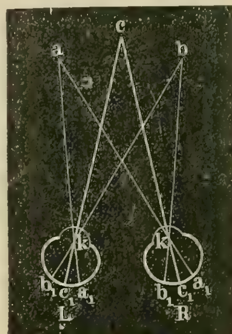
Es wird demnach mit beiden Augen einfach gesehen, wenn beide Netzhautbilder auf denselben Ort im Raume projicirt werden. Es beruht dies auf einer unter Zuhülfenahme der anderen Sinne, besonders des Tastgefühls, ursprünglich gewonnenen Erfahrung, die jetzt aber in der Regel und Norm auf Grund der Erfahrung früherer Geschlechter uns angeboren ist. Im Grossen und Ganzen — doch nicht ausnahmslos, was besonders unter pathologischen Verhältnissen hervortritt — sind die Netzhautbilder beider Augen, welche auf ein und dasselbe Object im Raume bezogen werden, auch anatomisch identisch.

Legt man die hinteren Abschnitte beider Augen so ineinander, dass Macula auf Macula liegt, so hat man in den sich deckenden Netzhautpunkten die anatomisch-identischen. Letztere sollen nach der sogenannten Identitätslehre stets mit den physiologisch-identischen correspondiren: dies trifft, wie oben bemerkt, allerdings meist, aber nicht immer zu. Es ist bezüglich der Localisation der Netzhautbilder

identisch die temporale Hälfte des rechten Auges mit der nasalen des linken u. s. w. In Figur 164 werden demnach neben Punkt c auch noch Punkt a und Punkt b einfach gesehen, weil sie ihre Netzhautbilder auf die identischen Punkte a_1 und b_1 entwerfen.

Fallen die Netzhautbilder eines Gegenstandes nicht auf solche correspondirende Punkte, so erscheinen dieselben doppelt (Diplopie). —

Bei normaler Stellung beider Augen schneiden sich, wie wir gesehen, die Sehlinien in dem fixirten Objecte. Wir behalten diese Einstellung beider Augen auf das fixirte Object in der Regel auch bei, wenn ein Auge nicht sieht: so z. B. wenn wir es mit der Hand bedecken. Einmal wirkt hier die Accommodation, dann aber auch das „Convergenzgefühl" (Alfr. Graefe) oder der „Nahezwang" (Hansen). Aber leichte Abweichungen von der Richtungslinie kommen dabei doch häufig vor; eine ganz correcte Einstellung beider Augen für die Dauer wird im Grossen und Ganzen nur durch den binocularen Sehact gesichert, der eventuell auch kleine Schwächen in der Muskelwirkung durch entsprechende stärkere Innervation ausgleicht. Blindgewordene Augen pflegen meist nach einiger Zeit abzuweichen: bei jugendlichen Individuen nach innen, bei älteren nach aussen.



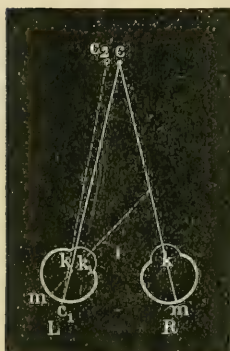
164.

Weicht ein Auge von der richtigen Stellung ab, so bezeichnen wir dies als Schielen. Wir constatiren die sichtbare Abweichung eines Auges (manifestes Schielen) in der Weise, dass wir in einiger Entfernung einen zu fixirenden Gegenstand vorhalten. Alsdann bedecken wir das eingestellte Auge mit der Hand und beobachten, ob das frei bleibende seine Stellung etwa verändert, um sich einzurichten. Darauf kann man, nachdem beide Augen wieder freigegeben und zur Fixation veranlasst sind, der Sicherheit wegen dasselbe Verfahren auch mit dem anderen Auge vornehmen. Bei nicht correcter Einstellung wird die zur Fixation erforderliche Stellungsveränderung (abgesehen von etwaigen einseitigen Erblindungen oder den Fällen, wo nicht mehr die Macula lutea, sondern eine excentrische Netzhautpartie zum Sehen benutzt wird) deutlich hervortreten. Man darf aber den Versuch nicht so anstellen, dass man fixiren lässt, während das eine Auge verdeckt ist, und nun dieses freilassend, das andere sofort verdeckt. Hier wird öfters das früher verdeckte Auge eine Einstellungsbewegung (dynamisches oder latentes Schielen) machen, trotzdem bei vorhergegangener binocularer Fixation eine durchaus correcte Stellung bestand, da im Interesse des binocularen Sehactes

die kleine Kraftverschiedenheit der Muskeln durch einen erhöhten Nervenimpuls auf den schwächeren Muskel ausgeglichen war.

Nach den Hauptrichtungen, die das abgewichene Auge einschlägt, unterscheidet man: 1) Strabismus convergens s. internus. Hier schneidet die Sehlinie des nach innen abgelenkten Auges die des eingerichteten vor dem fixirten Gegenstande. Das Bild desselben fällt demnach auf die nasale Netzhauthälfte dieses Auges. Dementsprechend wird es auf einen scheinbar temporalwärts befindlichen Gegenstand bezogen. Das Bild des linken Auges steht links, das Bild des rechten Auges steht rechts. Derartige Doppelbilder nennt man gleichnamige oder gleichseitige.

Es sei beispielsweise das linke Auge nach innen gewendet (Figur 165), während das rechte den Punkt c fixirt. Die Doppelbilder würden alsdann nach der, bezüglich pathologischer Verhältnisse besonders von Alfr. Graefe und Nagel vertretenen Projectionslehre in folgender Art zu Stande kommen.



165.

Das Bild des Punktes c, welches im rechten Auge die Macula lutea (m) trifft, fällt im linken Auge auf die innere Netzhauthälfte (c_1) und wird dementsprechend nach aussen (links) auf einen Punkt c_2 projicirt. Auf Grund früherer Erfahrungen nämlich weiss der Patient, dass der gleichmässig beide Augen treffende Nervenimpuls, der zur Einrichtung auf Punkt c erforderlich ist, den Knotenpunkt der Richtungslinien nach k verlegt. Die Lage von k ist aber erfahrungsgemäss für beide Augen eine in der Weise übereinstimmende, dass die Verbindungslinie zwischen Macula lutea und Object in jedem Auge durch k geht. Es wird demnach in beiden Augen k symmetrisch liegen. Bei einer abnormen Convergenz des linken Auges (L) rückt der Kreuzungspunkt aber nach k_1. Da nun der Patient nach der ihm vorschwebenden Lage (k), nicht nach der reellen Lage (k_1), des Kreuzungspunktes der Richtungsstrahlen das Netzhautbild (c_1) projicirt, so wird er das Bild c_1 des linken Auges als einem Object entsprechend auffassen, das in der Verlängerung der Richtungslinie c_1 k in c_2 liegt. — Bei der falschen Projection beim Lähmungsschielen wird weiter hierauf eingegangen werden.

2) Strabismus divergens oder externus. Die Sehlinie des abgelenkten Auges würde die Verlängerung der Verbindungslinie zwischen fixirendem Auge und fixirtem Gegenstand erst hinter letzterem schneiden; das Auge ist nach aussen gewendet. Die Lichtstrahlen, welche, von

dem fixirten Gegenstande ausgehend, das eingestellte Auge in der Macula treffen, fallen auf die temporale Seite des nach aussenabgelenkten Auges. Die Projection des Gegenstandes erfolgt demnach von diesem Auge nasalwärts. Es entstehen ungleichnamige oder gekreuzte Doppelbilder: das Bild des linken Auges liegt rechts.

3) Strabismus deorsum vergens, wo das abgelenkte Auge abwärts gewendet ist, sein Doppelbild demnach über dem des fixirenden Auges steht. 4) Strab. sursum vergens, wo das abgelenkte Auge nach oben gewendet ist, sein Doppelbild also unter dem des fixirenden Auges steht.

Künstlich kann man mit Hülfe von Prismen Schielen hervorrufen und zwar vorzugsweise convergirendes und divergirendes. Wenn man beispielsweise ein Prisma mit der Basis nach aussen vor das linke Auge legt, so werden die von dem fixirten Punkte kommenden Strahlen nach der Basis des Prismas hin abgelenkt, fallen also bei normaler Einstellung des Auges nicht mehr auf die Macula, sondern auf die temporale Hälfte der Netzhaut (vgl. Figur 18) und werden medialwärts projicirt: es entstehen ungleichnamige Doppelbilder. Ist aber die Entfernung dieser Doppelbilder voneinander nicht zu gross, d. h. mit anderen Worten, ist die ablenkende Kraft des Prismas nicht zu stark, so bewirkt der psychische Widerwille gegen Doppelbilder ein entsprechendes Schielen des linken Auges, wodurch das Netzhautbild wieder auf die Macula lutea gebracht wird. Es wird das Auge zum Ausgleich unter dem Prisma nach innen schielen.

Man bezeichnet hiernach die Prismen, welche mit der Basis nach aussen vorgelegt werden, auch als Adductionsprismen, — sie adduciren das Auge; die Prismen, welche mit der Basis nach innen vorgelegt ein Auswärtsschielen bewirken, als Abductionsprismen. Die psychische Anregung, welche im Interesse des Einfachsehens dieses Schielen veranlasst, hat man Fusionstendenz genannt. Die Stärke der Prismen, welche von den einzelnen Individuen durch Schielen überwunden werden können (Fusionsbreite), ist verschieden. Sie hängt nicht nur von der Muskelkraft der beanspruchten Recti, sondern auch von dem psychischen Widerwillen gegen Doppelbilder ab. Das überwundene Prisma kann demnach nicht ohne Weiteres als ein Maass für die Stärke des beanspruchten Muskels gelten. Durchschnittlich wurden in einer Versuchsreihe (Becker) beim Blick in die Ferne von Emmetropen mit musculärem Gleichgewicht durch Einwärtsschielen Prismen von 13·2°, durch Auswärtsschielen von 6·2° überwunden. —

Von Nagel ist die durch vorgelegte Prismen bewirkte Ablenkung in Meterwinkel berechnet und eine Formel für die gesammte Fusionsbreite (Convergenzbreite) ähnlich der Accommodationsbreite angegeben worden. Unter Meterwinkel

(mw) versteht Nagel den Winkel, um welchen jedes Auge sich beim binocularen Sehen aus der Ruhestellung nach innen drehen muss, um ein 1 m entferntes in der Medianlinie liegendes Object zu fixiren. Beim Blick auf $^1/_2$ m Entfernung besteht demnach eine Convergenz von 2 mw, beim Blick auf 5 m Entfernung eine solche von $^1/_5$ mw. Wenn man die Nummer eines vor ein Auge gehaltenen und im Interesse des Einfachsehens überwundenen Prismas mit 7 dividirt, so erhält man annähernd die Ablenkung in Meterwinkel, welche jedes Auge macht: z. B. Prisma 14^0 erfordert von jedem Auge eine Drehung von $\frac{14}{7} = 2$ mw. Die Fusions- oder Convergenzbreite (amplitudo = a nach Landolt) ist gleich der Differenz zwischen dem Maximum und Minimum der Convergenz (a = p [normaler Weise ungefähr 10 mw] — r [normaler Weise = — $^1/_2$ bis 1 mw, d. h. Divergenz für die Ferne]). Die Bestimmung des Convergenznahepunktes c geschieht, indem man ein Object in der Medianlinie so lange nähert, als es noch einfach gesehen wird und dann die Entfernung von der Basallinie der Augen misst (z. B. $^1/_{10}$ m, demnach p = 10 mw). Den Convergenzfernpunkt giebt das Prisma, welches beim Blick in die Ferne noch durch Divergenz überwunden werden kann (z. B. 7^0, Basis nach innen = $\frac{7}{7}$ = — 1 mw; der Divergenz wegen mit negativem Vorzeichen). Ein Meterwinkel beträgt, wenn die Verbindungslinie der Drehpunkte beider Augen 64 mm lang ist, durchschnittlich 1^0 50′. —

Auf- und Abwärtsschielen im Interesse der Fusion von Doppelbildern ist nur in geringem Grade möglich, etwa entsprechend einem Prisma von 1^0 bis 2^0, ein Moment, das bei der Hebung des Doppeltsehens bei den verschiedenen Schielformen von Bedeutung ist. Es bestehen jedoch nicht nur individuelle Verschiedenheiten sehr hohen Grades, sondern es kommt auch in Betracht, vor welches der beiden Augen das Prisma gelegt wird. Da nur dieses in Schielstellung rückt, so wird bei Verschiedenheit in der Kraft der M. recti an den einzelnen Augen auch eventuell ein verschieden starkes Prisma überwunden werden können, je nachdem dasselbe vor das eine oder andere Auge gehalten wird. Werden die Versuche mit sehr starken Prismen längere Zeit fortgesetzt, so tritt Ermüdung ein und die früher überwundenen Prismen können nicht mehr durch Schielen corrigirt werden. Der Act der Verschmelzung der Doppelbilder geht so von Statten, dass die entfernt stehenden Bilder sich zuerst langsam nähern, dann aber schnell und plötzlich sich vereinen. Nach Versuchen, die ich angestellt, dauert die Verschmelzung der Doppelbilder bei Anwendung der stärksten, von dem betreffenden Individuum noch zu überwindenden Adductions- oder Abductionsprismen durchschnittlich 2$^1/_3$ Secunde: doch bestehen auch hier grosse individuelle Verschiedenheiten.

Die Ablenkung eines Auges erfolgt — wenn wir von mechanischen Verschiebungen (Luscitas) durch Tumoren, Empyem der Stirn- oder Oberkieferhöhle, Blutergüsse u. s. w. absehen — entweder dadurch, dass ein Muskel gelähmt wird (Lähmungsschielen, Strabismus

paralyticus) oder im Gegensatz hierzu dadurch, dass ein Muskel — sei es durch stärkeren Nervenimpuls, vermehrte Spannung, durch überwiegende Kraft oder durch seinen günstiger gelegenen Ansatzpunkt an der Sclera — den Augapfel in seine Zugrichtung hinüberzieht. Man bezeichnet letztere Form als eigentliches, typisches, musculäres oder concomitirendes Schielen. Beide erwähnte Formen sind in ihrem Wesen und ihrer Behandlung so verschieden, dass sie streng voneinander getrennt werden müssen.

B. Specieller Theil.

1. Lähmung der Augenmuskeln.

I. Allgemeine Diagnose.

Wir haben es mit Paralysen und mit Paresen* zu thun; danach werden die einzelnen diagnostischen Momente mehr oder weniger deutlich hervortreten.

1) Beschränkung in der Beweglichkeit nach der Zugrichtung des gelähmten Muskels hin. Bei Paralysen tritt der Bewegungsdefect sehr deutlich hervor, bei Paresen ist er bisweilen kaum bemerklich oder wenigstens nicht mit Sicherheit nachweisbar. Letzteres gilt noch mehr für Blickrichtungen, bei deren Zustandekommen mehrere Muskeln thätig sind, so beim Blick nach oben und nach unten. Hier sind bei associirten Bewegungen der Augen eher die abnormen Raddrehungen des erkrankten auffällig, indem bei gleichem Nervenimpuls für beide Augen der erkrankte Muskel in seiner Leistung zurückbleibt. Man erkennt die Raddrehungen besonders, wenn man horizontal oder vertical verlaufende Blutgefässe der Conjunctiva bei den betreffenden Blickrichtungen ins Auge fasst; sie zeigen uns dann objectiv die Verschiebung des horizontalen und verticalen Augenmeridians.

Die Prüfung der Beweglichkeit erfolgt so, dass man den etwa $1/2$ Meter vor dem zu untersuchenden Auge gehaltenen Finger zuerst bei Schluss des anderen Auges, aber darauf auch unter dessen Mitbetheiligung so weit nach rechts und links, nach oben und unten und in intermediären Richtungen herüberführt, als das Auge ihm folgen kann. Es ist hierbei darauf zu achten, dass der Patient auch mit Aufmerksamkeit den Finger ansieht und ihn verfolgt. Nöthigenfalls werden

---

* Nach der Deutschen Heeresordnung machen zeitig untauglich (§ 8 Anlage 3): Augenmuskellähmungen.

entsprechende kleine Hülfsmittel, wie Knallen mit den Fingern, Vorhalten einer Uhr statt des Fingers u. s. w. anzuwenden sein. Ist das bezügliche Auge sehschwach, so sind durch das andere Auge die associirten Bewegungen einzuleiten. Immer wird ein Vergleich mit der Excursionsfähigkeit des gesunden Auges nöthig sein, da die individuellen Grenzen sehr verschieden sind. Besonders die Bewegungen der Augen nach oben sind bei verschiedenen Individuen — zum Theil aus Mangel an Uebung — sehr wenig ausgiebig. Auch die Bewegung nach aussen sehen wir oft unter dem normalen Maasse; bei manchen Personen mit ganz gesunden Rect. externi bleibt der äussere Hornhautrand bei grösster Seitwärtsstellung selbst 2 bis $2^1/_2$ mm von der äusseren Lidcommissur entfernt. Verdächtig auf pathologische Ursachen ist es, wenn die äusserste Blickstellung nur stoss- oder ruckweise erreicht werden kann, jedoch keinenfalls entscheidend.

Selbst wenn deutlich ein pathologischer Beweglichkeitsdefect nach einer Seite vorhanden ist, so kann daraus noch nicht sofort eine Lähmung des betreffenden Muskels diagnosticirt werden. Auch beim concomitirenden Schielen sind derartige Defecte vorhanden. Hier wird jedoch der Defect der Bewegung nach einer Seite ausgeglichen durch ein Plus von Bewegung nach der entgegengesetzten. Beim Lähmungsschielen hingegen tritt ein factischer Ausfall von Bewegung ein.

2) Schielstellung der Augen. Dieselbe dürfte, wenn sie einfach Folge einer ausbleibenden Muskelwirkung wäre, eigentlich nur eintreten, wenn die Blickrichtung beider Augen nach der Seite gewendet ist, wohin der gelähmte Muskel das Auge zu richten hat. Dies trifft in der That bei ganz frischen Lähmungen meist zu. Da aber der Antagonist des gelähmten Muskels sein Gegengewicht verloren hat, zieht er später in der Regel das Auge etwas zu sich hinüber, und so finden wir bei der Paralyse eines Augenmuskels in einem grossen Gebiete des gemeinsamen Blickfeldes die Schielstellung. Ja es kann selbst überall Schielstellung eintreten, wenn der Antagonist in einen abnormen Contractionszustand geräth, wenn sich also zum Lähmungsschielen ein eigentliches concomitirendes Schielen hinzugesellt.

Wenn auch im Grossen und Ganzen anzunehmen ist, dass die Lähmung einen Muskel des abgewichenen Auges betroffen haben wird, so kommen doch Ausnahmen dann vor, wenn das gesunde Auge sehschwach ist. Hier wird das gelähmte Auge zur Fixation benutzt und das gesunde schielt.

Die Messung der Schielstellung kann objectiv durch Messung der Augenablenkung geschehen oder subjectiv durch Messung der Entfernung zwischen den auftretenden Doppelbildern; bei letzteren spielen allerdings noch mancherlei Momente mit, die später besprochen werden.

Sehr einfach ist die Messung der Schielstellung nach linearem Maass. Bei Fixation eines Gegenstandes, der in bestimmter Entfernung in der Mittellinie vor die Augen gehalten wird, misst man an jedem Auge die Entfernung in Millimetern zwischen dem Punkte des unteren Lidrandes, der von dem mitten durch die Hornhaut gehenden verticalen Meridian des Auges getroffen wird, und dem Thränenpunkte desselben Lides. Die Differenz, welche zwischen beiden Augen bezüglich dieser Entfernungen besteht, giebt das lineare Maass des Schielens (beispielsweise Strabismus convergens von 4 mm u. s. w.). Man bedient sich hierbei mit Vorliebe eines kleinen Instrumentes von Laurence (Strabometer), das eine Maasstheilung hat und an das untere Lid gelegt wird (Figur 166). Man kann die Messung auch so machen, dass man, wenn z. B. das rechte Auge fixirt, den Strabometer an dasselbe legt und sich die Stelle merkt, wo der senkrechte Meridian der Cornea die Maasstheilung trifft, alsdann das linke Auge fixiren lässt und die hierbei erfolgende Ablenkung des rechten Auges am Strabometer feststellt. Jedoch ist diese Methode nicht immer zu benutzen, weil beim concomitirenden Schielen wegen Sehschwäche häufig nur ein Auge den Gegenstand genau fixiren kann.



166.

Hirschberg lässt nach einem 30 cm vom Patienten entfernten, in der Medianebene vorgehaltenen Licht blicken und betrachtet die von den Hornhäuten entworfenen Reflexbilder. Bei genauer Einstellung stehen sie beiderseits in der Mitte der Pupille; schielt ein Auge, so rückt das betreffende Cornealbild nach der Peripherie zu: fällt es gerade auf den Hornhautrand, so ist es um den halben Hornhautdurchmesser (circa 6 mm) von dem Pupillencentrum entfernt; es besteht demnach ein Strabismus von 6 mm. Auch nach Winkelgraden kann man das Schielen bestimmen, d. h. man giebt den Winkel an, den die Blickrichtung des schielenden Auges mit derjenigen Blickrichtung, die bei richtiger Einstellung vorhanden sein würde, am Drehpunkte des Auges bildet. Der betreffende Winkelgrad lässt sich am Perimeterbogen ablesen, wenn man den Drehpunkt des schielenden Auges in den Mittelpunkt des Perimeterkreises bringt und von dem anderen Auge bei gerader Kopfhaltung die auf dem 0-Punkt des Bogens stehende Marke fixiren lässt. Man braucht alsdann nur durch Visiren von dem Perimeterbogen aus festzustellen, auf welchen Grad desselben das schielende Auge gerichtet ist. 45° Schielwinkel entsprechen etwa 6 mm linearer Ablenkung.

a) Der Grad des Schielens nimmt zu, wenn der fixirte Gegenstand in die Richtung der Zugwirkung des gelähmten Muskels gebracht wird, verkleinert sich bei entgegengesetzter Richtung. Bei den Muskeln, deren Wirkung nicht nur in einer Ablenkung der Blicklinie, sondern auch in einer Raddrehung besteht (wie R. superior und inferior und

vor Allem die Obliqui), wird das Schielen, d. h. die Ablenkung der Blicklinie, besonders bei derjenigen intermediären Augenstellung hervortreten, bei welcher die Wirkung auf Höhenablenkung dem gelähmten Muskel zufällt, z. B. bei Lähmung des Obliquus superior wird das Auge beim Blick nach unten vorzugsweise dann zurückbleiben, wenn es vorher nasalwärts gerichtet wurde.

b) Der primäre Schielwinkel ist nicht gleich dem secundären. Wenn man einen Gegenstand, der etwa in der Mittellinie sich befindet, mit beiden Augen fixirt, so wird, falls das gesunde Auge fixirt, das gelähmte um ein lineares Maass abweichen; beispielsweise bei Lähmung des R. externus des linken Auges wird ein Strabismus convergens desselben eintreten. Wir wollen diese Ablenkung als primären Schielwinkel (etwa gleich a) bezeichnen. Veranlasst man nun das erkrankte linke Auge zur Einstellung auf denselben Gegenstand, indem man das rechte Auge zeitweise verdeckt, so wird die jetzt associirt eintretende convergirende Schielstellung des rechten Auges (secundärer Schielwinkel) grösser (a + x) werden, als früher die Ablenkung des linken Auges war. Es bedarf nämlich, um den paretischen R. externus des linken Auges zu der für die Fixation des Gegenstandes erforderlichen Contraction zu bringen, eines sehr hohen Nervenimpulses; dieser trifft in gleicher Stärke den associirten R. internus des gesunden Auges und bewirkt nunmehr eine hochgradige Contraction desselben und damit stärkere Ablenkung dieses Auges.

3) Doppelbilder. Die meist plötzlich und in einem Lebensalter, in welchem der binoculare Sehact bereits ausgebildet ist, auftretenden Augenmuskellähmungen bewirken, dass die bei der Schielstellung auf nicht-identische Netzhautpunkte fallenden Bilder des fixirten Objectes zu Doppeltsehen Veranlassung geben. Ist die Abweichung des schielenden Auges sehr gering, so wird an Stelle eines wirklichen Doppeltsehens nur ein Verschwommensein der Gegenstände wahrgenommen. Die Klage über derartige Sehstörungen bildet beim Lähmungsschielen, im Gegensatz zum concomitirenden Schielen, fast die Regel. Allerdings kommen beim concomitirenden Schielen auch gelegentlich spontan auftretende Doppelbilder vor, besonders bei Erwachsenen.

Gewöhnlich ist das Bild des abgelenkten Auges, da es auf eine periphere Netzhautstelle fällt, matter und weniger scharf als das des eingestellten Auges; es wird gelegentlich auch als „Scheinbild“ im Gegensatz zu dem vom fixirenden Auge gelieferten „wahren“ Bilde bezeichnet.

Um sich aber genau darüber zu unterrichten, welchem Auge das eine oder andere Doppelbild angehört — oder auch um etwa unterdrückte Doppelbilder wieder hervorzurufen —, hält man vor ein Auge

ein rothes Glas und lässt nach einem Kerzenlicht blicken. Man wird bei verschiedener Sehschärfe beider Augen oder auch bei dauernder Ablenkung des einen Auges gut thun, vor das besser sehende oder das dauernd eingerichtete Auge das Glas zu halten, weil die Gläser Licht absorbiren und auf diese Weise eine schon herabgesetzte Sehschärfe noch mehr gemindert würde. Werden nicht sofort die entsprechenden Doppelbilder angegeben, so lässt man durch Verdecken des eingestellten Auges zuerst die Aufmerksamkeit auf das Bild des abgelenkten oder schwachsichtigen Auges concentriren und zieht dann schnell mit der Frage, ob nicht nunmehr ein zweites Bild hinzutrete, von dem bisher verdeckten Auge die Hand fort. Doch finden diese Hülfsmittel vorzugsweise beim concomitirenden Schielen, wenn spontan keine Doppelbilder wahrgenommen werden, ihre Stelle. Versagen auch sie, so erhält man hier noch zuweilen Angaben über Doppelbilder, wenn man durch Prismen mit der Basis nach oben oder nach unten vor ein Auge gehalten, künstlich Doppelbilder schafft, welche Höhendifferenzen haben.

Bei der Prismenanwendung ist immer zu beachten, dass die ablenkende Kraft derselben eine verschieden starke ist, je nach der Richtung, in der man durch dieselben nach einem Gegenstand blickt: ob wir ihn also mit gerader, gehobener oder gesenkter Blickrichtung ansehen. — Besonders bei Lähmungsschielen, wo man die Prismen auch zur Differenzirung des, je dem einen oder anderen Auge gehörigen Doppelbildes benutzen könnte, sind sie nicht zu empfehlen, da die bewirkte Höhenablenkung nicht selten die schon schwierigen Verhältnisse der Lage der Doppelbilder weiter complicirt.

Die Entfernung der Doppelbilder steht in der Regel in einem entsprechenden Verhältnisse zur Ablenkung des gelähmten Auges. Man pflegt sie für eine bestimmte Entfernung und Blickstellung in Metermaass zu bestimmen. Auch nach Winkelgraden lässt sie sich mit Vortheil angeben, indem der Patient sich so setzt, dass die Mitte seiner Basallinie den Mittelpunkt einer Perimeterhalbkugel einnimmt. Wird nun eine weisse Kugel oder ein Licht in der Mitte des Perimeterbogens (oder auch seitlich, um die Doppelbilder bei seitlichen Blickrichtungen zu bestimmen) gehalten und vom Kranken fixirt, so kann dieser die Lage des gesehenen Doppelbildes am Perimeter und somit den Winkelgrad der Abweichung desselben bezeichnen. Für grössere Entfernungen wird eine entsprechende Projection der Winkelgrade auf eine ebene Wandfläche (Landolt, Hirschberg) erforderlich.

Da beim Lähmungsschielen die Ablenkung des einen Auges zunimmt, sobald der fixirte Gegenstand in eine Richtung gebracht wird, die der Zugrichtung des gelähmten Muskels entspricht, so weichen alsdann auch die Doppelbilder auseinander, bei der Blickwendung in entgegengesetzter

Richtung nähern sie sich immer mehr. Im Gegensatz hierzu bleiben beim concomitirenden Schielen die Doppelbilder bei den verschiedenen Blickrichtungen in stets gleicher Entfernung voneinander. —

Das Auftreten und die Distanz der Doppelbilder ist beim Lähmungsschielen gewöhnlich verschieden, je nachdem man die Untersuchung mit einer Blickrichtung, in der noch Einfachsehen besteht, beginnt, oder von entgegengesetzter Richtung ausgeht. Im ersten Falle werden die Doppelbilder wegen der Fusionstendenz erst später auftreten. Auch werden seitliche Doppelbilder, die auf einer Lähmung des R. internus oder externus beruhen, eine etwas andere Distanz haben, wenn man sie bei gehobener oder gesenkter Blickrichtung bestimmt, da physiologisch bei Senkung der Blicklinie die R. interni ein gewisses Uebergewicht haben, bei Hebung die R. externi.

4) Falsche Projection der Gegenstände seitens des gelähmten Auges. Es wurde schon oben erwähnt, dass die Projection des Netzhautbildes in die Aussenwelt, seine Localisation in derselben, nicht allein von der örtlichen Lage des Netzhautbildes abhängt, sondern dass hier Erfahrungen, die sich an Augenbewegungen u. s. w. knüpfen, mitsprechen. Dies zeigt sich sehr deutlich bei plötzlichen Muskellähmungen durch folgenden Versuch. Ist beispielsweise der R. externus des linken Auges gelähmt, so lässt man einen etwas nach links befindlichen Gegenstand von diesem Auge, bei Schluss des anderen, fixiren und heisst den Kranken, mit seinem Zeigefinger schnell auf den Gegenstand stossen. Während unter normalen Verhältnissen mit Leichtigkeit der Gegenstand getroffen wird, so stösst jetzt der Kranke mit seinem Finger links an dem Gegenstande vorbei. Es erklärt sich dies so. Die Richtung der Projection des Objectes wird durch die Lage des Netzhautbildes und die des Kreuzungspunktes der Richtungslinien bestimmt; über letzteren aber giebt uns der auf die Contraction des Externus gerichtete Nervenimpuls Auskunft. Wird das erkrankte linke Auge auf das Object mittels des paretischen Externus eingestellt, so bedarf es eines erheblich höheren Nervenimpulses als früher. Dieser täuscht den Kranken auch über die Lage des Kreuzungspunktes; derselbe dünkt ihm erheblich mehr nach links hinüber gerückt. Dementsprechend verlegt er die Projectionslinie ebenfalls mehr nach links.

Auch der Gesunde verfällt dieser Täuschung, wenn er vor ein Auge — bei Schluss des andern — ein stark brechendes Prisma (beispielsweise von 24° Basis nach innen) gelegt hat, und jetzt mit einem Finger schnell auf den fixirten Gegenstand stösst. Er wird immer nach aussen vorbeifahren, da er bei der Einstellung der Sehlinie (d. h. der Macula lutea) auf das Object jetzt das Auge ungewohnt stark nach aussen wenden muss, indem sonst das Prisma die Strahlen auf die innere Netzhauthälfte wirft. Der Finger muss übrigens rasch vorgestossen

werden, weil er andernfalls auf seinem Wege von Punkt zu Punkt controlirt wird und so bisweilen richtig das Object trifft. Bei öfterer Wiederholung des Versuches kann allmählich eine Correction dieser falschen Vorstellung eintreten.

5) Schwindelerscheinungen. Dieselben beruhen zum Theil auf der erwähnten falschen Projection, zum Theil auf den störenden Doppelbildern.

6) Bei einzelnen Patienten zeigt sich bei längerem Vorhandensein der Lähmung eine eigenthümliche Kopfhaltung, welche in einer Drehung des Kopfes besteht, die dem Kranken ermöglicht, das gerade vor ihm Befindliche einfach zu sehen. Diese Kopfdrehung wird demnach erfolgen um eine Achse, welche senkrecht steht zur Zugwirkung des gelähmten Muskels und zwar mit einer Gesichtswendung, die dem gelähmten Muskel zugerichtet ist. Bei den Hebern und Senkern des Auges kann in Folge dessen gelegentlich auch eine Neigung des Kopfes nach der Schulter zu Stande kommen. —

Die Augenmuskellähmungen kommen isolirt oder combinirt vor; in letzterem Falle sind mehrere theils von demselben Nerven (Oculomotorius), theils von verschiedenen Nerven versorgte Muskeln zu gleicher Zeit befallen. Nach Alfr. Graefe's Zusammenstellung, die mit anderweitigen Beobachtungen übereinstimmt, wird isolirt der Rectus externus (Abducens) am häufigsten gelähmt; in zweiter Linie steht der Obliquus superior (Trochlearis).

Specielle Diagnose.

Wir supponiren bei den Erklärungen und Angaben der Raddrehungen, dass das linke Auge befallen sei. Zur Fixation benutzen wir einen vertical gehaltenen Gegenstand, z. B. eine Kerze. In den beigefügten Abbildungen der Doppelbilder ist das Scheinbild schattirt gezeichnet.

Paralyse oder Parese des R. externus sinister.

Linksseitige Lähmung.



166.

Rechtsseitige Lähmung.



167.

1) Beweglichkeitsdefect beim Blick nach links.

2) Strabismus convergens in der linken Hälfte des Blickfeldes, zunehmend bei stark nach links gerichtetem Blick.

3) Gleichnamige, nebeneinander stehende Doppelbilder, die beim Blick nach links weiter auseinander gehen, beim Blick nach rechts mehr aneinander rücken, beziehentlich verschwinden.

Bisweilen werden auch kleine Höhendifferenzen angegeben, die von

dem dynamischen Uebergewicht eines nach oben oder nach unten ziehenden Muskels abhängen; bei Aufhebung des gemeinschaftlichen Sehens kann letzteres zur Geltung kommen. Wenn die Höhenunterschiede bei Hebung und Senkung des fixirten Objectes nicht zu- oder abnehmen, so ist die Annahme einer Lähmung des betreffenden Hebers oder Senkers ausgeschlossen.

Parese und Paralyse des R. internus sinister.

R L

168.

R L

169.

1) Beweglichkeitsdefect beim Blick nach rechts.

2) Strabismus divergens in der rechten Hälfte des Blickfeldes, zunehmend bei nach rechts gerichtetem Blick.

3) Gekreuzte, nebeneinanderstehende Doppelbilder, die beim Blick nach rechts weiter auseinander, beim Blick nach links mehr aneinander rücken, beziehentlich verschwinden. Auch hier sind zuweilen kleine Höhendifferenzen vorhanden.

Parese und Paralyse des Obliquus superior sinister.

1) Der Beweglichkeitsdefect des gelähmten linken Auges tritt am meisten hervor beim Blick nach unten in der Adductionsstellung (also Blick nach innen-unten), indem dasselbe hier etwas nach oben und innen im Vergleich zum anderen Auge steht. Es kommt nach den früher gemachten Ausführungen unter normalen Verhältnissen in der Adductionsstellung vorzugsweise die Zugkraft des Obliquus superior nach aussen-unten zur Geltung, die jetzt ausfällt. Beim Blick nach unten hingegen in der Abductionsstellung (d. h. also beim Blick nach unten-aussen) tritt eine abnorme Raddrehung des Auges hervor, indem jetzt der in antagonistischem Sinne wirkende R. inferior das Uebergewicht bekommt und das obere Ende des verticalen Meridians (V. M.) — d. h. des Meridians, dessen Ebene senkrecht durch die Mitte der Pupille geht — nach links (negativ) dreht. (Bei Lähmung des rechten Auges würde die Raddrehung positiv ausfallen.)

L R

170.

L R

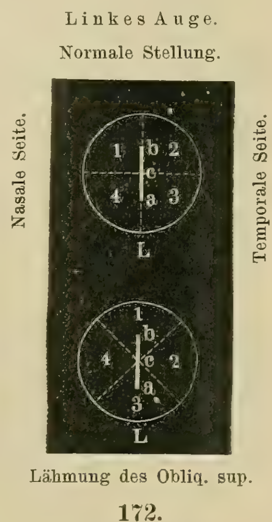
171.

2) Ein leichter Strabismus convergens et sursum vergens in der unteren Hälfte des Blickfeldes.

3) Beim Blick nach unten treten gleichnamige Doppelbilder auf, das Bild des linken Auges steht etwas tiefer und ist in der Weise schief gestellt, dass es sich mit seinem oberen Ende dem des rechten zuneigt. In der Adductionsstellung nimmt

die Höhendifferenz zu, in der Abductionsstellung die Schiefheit. Der Kranke sieht die Doppelbilder, wie sie in Figur 170 gezeichnet sind. Der Höhenunterschied der Bilder erklärt sich dadurch, dass das gelähmte Auge nach oben zurückbleibt. Der fixirte Gegenstand wirft demnach sein Bild nicht auf die Macula lutea; sondern auf einen Punkt der oberen Netzhauthälfte. Die Projection der scheinbaren Lage des Gegenstandes erfolgt demnach umgekehrt nach unten hin.

Die Schiefheit des Bildes erklärt sich aus der negativen Raddrehung. Wenn von einem senkrechten Gegenstand bei normaler Stellung des Auges das umgekehrte Bild (Figur 172 b c a) sich auf der Netzhaut des linken Auges in dem gerade durch die Macula lutea gehenden verticalen Meridian befindet, so wird bei einer negativen Rollung dieser verticale Meridian jetzt schräg zu stehen kommen und zwar mit seinem oberen Theil temporalwärts (Figur 172 der untere Kreis). Es fällt nunmehr der obere Theil des Bildes (b c) in den oberen-inneren Quadranten (1) der Netzhaut, diese Hälfte des verticalen Gegenstandes wird also nach unten-aussen projicirt; der untere Theil des Bildes (c a) fällt in den unteren-äusseren Quadranten (3), und es wird diese Hälfte des Gegenstandes demnach nach oben-innen projicirt. Es erscheint der Gegenstand dem kranken Auge von oben-innen nach unten-aussen zu laufen oder mit anderen Worten, er erscheint schräg, wie in Figur 160 die linke schraffirte Kerze und ist mit seinem oberen Ende nasalwärts gerichtet. Es ist bei diesen Zeichnungen zu erwägen, dass Figur 172 so dargestellt ist, wie ein Beobachter, der vor dem erkrankten Auge steht, das Netzhautbild sehen würde. Figur 170 giebt uns die Doppelbilder, wie sie dem Patienten erscheinen. — Einzelnen Kranken kommt es so vor, als ob das Bild des gesunden Auges schräg stehe. Es wird von ihnen demnach das Bild des linken Auges als gerade, hingegen das des rechten Auges als schräg stehend und zwar mit dem oberen Ende nasalwärts gerichtet, angegeben. Sehr häufig wird das tieferstehende Bild des kranken Auges als näher liegend bezeichnet (v. Graefe). Dieselbe Erscheinung tritt auch bei anderen Lähmungen auf, wenn ein Bild tiefer steht. Auch dem normal Sehenden erscheint von übereinanderstehenden Doppelbildern eines fernstehenden Objectes (künstlich durch Vorlegen eines Prismas erzeugt) das tieferstehende deutlich näher und kleiner; je geringer die Differenz in der Höhe ist, um so geringer



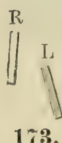
Lähmung des Obliq. sup.
172.

erscheint auch die Differenz in der Entfernung. Es entspricht dies unseren sonstigen Erfahrungen. Für gewöhnlich nämlich entwerfen die mit gesenktem Blick betrachteten Gegenstände, welche näher als das fixirte Object liegen, ihr Bild auf der oberen Netzhauthälfte (Förster). So z. B. beim Schreiben der untere uns näher liegende Rand des Papiers. Aber auch bei anderen Blickrichtungen trifft dies öfters zu, so beim Blick in die Ferne, wo die niedrigen Gegenstände, über die wir dabei fortblicken, ebenfalls sich auf der oberen Netzhauthälfte abbilden. Aus dieser Erfahrung entwickelt sich unter den uns unbekannten und neuen Verhältnissen einer bezüglichen Lähmung oder beim Vorhalten eines Prismas, wie oben angegeben, die Täuschung, dass das tiefere Bild das nähere sei.

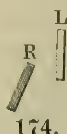
Ausnahmsweise können bei Trochlearislähmung auch ungleichnamige Doppelbilder auftreten, wenn nämlich die Rect. interni stark insufficient sind und die früher im Interesse des Einfachsehens unterdrückte Insufficienz nunmehr manifest wird. Derartige Muskel-Insufficienzen, die schon bei der Lähmung der Rect. externi und interni Erwähnung gefunden, compliciren nicht selten die Symptome der Lähmungen und erschweren ihre Deutung.

Parese und Paralyse des Rectus inferior sinister.

1) Der Beweglichkeitsdefect tritt am meisten hervor beim Blick nach unten in der Abductionsstellung des gelähmten Auges (der Blick nach unten-aussen gerichtet), indem dasselbe etwas nach aussen rückt und nach oben zurückbleibt. Wie bei der Betrachtung der Wirkung der einzelnen Muskelgruppen hervorgehoben, beeinflussen die Recti inferiores und superiores in der Abductionsstellung vorzugsweise die Höhenbewegungen des Auges. Beim Blick nach unten in der Adductionsstellung hingegen tritt mehr die abnorme Raddrehung hervor, da durch die Lähmung dem Obliqu. superior sein Antagonist genommen ist und jener nunmehr das obere Ende des V. M. nasalwärts wendet.



173.



174.

2) Ein leichter Strabismus divergens et sursums vergens in der unteren Hälfte des Gesichtsfeldes.

3) Beim Blick nach unten treten ungleichnamige Doppelbilder auf, das Bild des linken Auges steht etwas tiefer und ist in der Weise schief gestellt, dass es sich mit seinem oberen Ende dem des gesunden zuneigt. In der Abductionsstellung nimmt die Höhendifferenz zu, in der Adductionsstellung die Schiefheit. Der Kranke sieht die Doppelbilder, wie sie in Figur 173 gezeichnet sind. (Bei rechtsseitiger Lähmung wie Figur 174).

Die Schiefheit erklärt sich aus der positiven Raddrehung. Das Netzhautbild des verticalen Gegenstandes fällt jetzt mit seinem oberen Theil auf den äusseren-oberen Quadranten; der untere Theil des Gegenstandes, von dem das Bild herrührt, wird demnach nach unten-innen projicirt. Hingegen fällt der untere Theil des Netzhautbildes in den inneren-unteren Quadranten; entgegengesetzt projicirt erscheint der obere Theil des Gegenstandes nach oben-aussen gerichtet.

Da die Bilder gekreuzt stehen, so wird das Bild des linken Auges (L) sich mit seinem oberen Ende dem des rechten zuwenden.

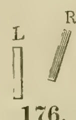
Das Bild des gelähmten Auges steht näher.

Parese und Paralyse des Obliquus inferior sinister.

1) Der Beweglichkeitsdefect tritt am meisten hervor beim Blick nach oben in der Adductionsstellung des gelähmten Auges, indem dasselbe etwas nach innen geht und nach unten zurückbleibt. Beim Blick nach oben in der Abductionsstellung tritt besonders die abnorme Raddrehung hervor: der V. M. wird nasalwärts gedreht.



175.



176.

2) Ein leichter Strabismus convergens et deorsum vergens in der oberen Hälfte des Blickfeldes.

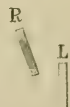
3) Beim Blick nach oben treten gleichnamige Doppelbilder auf, das Bild des gelähmten Auges steht etwas höher und ist in der Weise schief gestellt, dass es sich mit seinem oberen Ende von dem des gesunden abwendet. In der Adductionsstellung nimmt die Höhendifferenz zu, in der Abductionsstellung die Schiefheit.

Parese und Paralyse des Rectus superior sinister.

1) Der Beweglichkeitsdefect tritt am meisten hervor beim Blick nach oben in der Abductionsstellung des gelähmten Auges, indem dasselbe etwas nach aussen rückt und nach unten zurückbleibt. Beim Blick nach oben in der Adductionsstellung tritt besonders abnorme Raddrehung hervor: der V. M. wird temporalwärts gewendet.



177.



178.

2) Ein leichter Strabismus divergens et deorsum vergens in der oberen Hälfte des Blickfeldes.

3) Beim Blick nach oben treten gekreuzte Doppelbilder auf, das Bild des gelähmten Auges steht etwas höher und ist mit seinem oberen Ende von dem Bilde des gesunden Auges abgekehrt.

Lähmung des Oculomotorius.

Da der Lev. palpebr. superioris, Sphincter iridis, Tensor chorioideae und sämmtliche äusseren Augenmuskeln mit Ausnahme des R. externus und Obliquus superior bei totaler Oculomotoriuslähmung ausser Function sind, steht das Auge in leichter Abductionsstellung; öfters ist es etwas nach vorn gerückt (Exophthalmus paralyticus). Die Pupille ist erweitert, die Accommodation aufgehoben und das obere Lid hängt herab. Eine Bewegung des Bulbus ist nur nach aussen möglich; nach unten kommt dieselbe nicht zu Stande, da der Obliquus superior bei der vorhandenen Abductionsstellung des Auges vorzugsweise auf die Raddrehung wirkt. —

Eigenartig ist das Bild der sogenannten „recidivirenden Oculomotoriuslähmungen", das von den bei gewissen Allgemeinerkrankungen, wie Lues und Tabes, ebenfalls gelegentlich in Rückfällen sich zeigenden Lähmungen zu trennen ist. Es handelt sich bei den recidivirenden Oculomotoriuslähmungen um das Befallensein des Oculomotorius einer Seite, in allen oder einzelnen Aesten, dessen Lähmung nach ihrem verhältnissmässig schnellen Rückgange in grösseren oder kleineren Zeiträumen sich immer wieder von Neuem einstellt. Auch in der Zwischenzeit bleiben meist leichtere Lähmungsspuren zurück. In fast allen Fällen gehen Schmerzen in der betreffenden Kopfseite dem Anfall voraus, sehr oft unter migräneartigen Symptomen (Migraine ophthalmoplégique, Charcot). In seltenen Fällen werden später andere Nerven (Abducens, Trigeminus) ebenfalls einbezogen. Bei einer Section von Karplus fand sich ein Neurofibrom des Oculomotorius.

Multiple Lähmungen.

Erschwert wird die Diagnose, inwieweit der einzelne Muskel betheiligt ist, in den Fällen, wo multiple Lähmungen an demselben Auge theils in der Gestalt der Paralysen, theils der Paresen auftreten. Auch bei beide Augen treffenden Lähmungen erwachsen oft Schwierigkeiten. So können in Fällen, wo beide R. externi gleichmässig gelähmt sind, gleichnamige Doppelbilder auftreten, die im Blickfelde ähnlich wie bei concomitirendem Schielen ihre gleiche Entfernung beibehalten; lateralwärts werden sie aber beiderseits stärker auseinander weichen. Ferner hat man Personen beobachtet, bei denen sich eine symmetrische, schliesslich vollständige Lähmung der Muskeln beider Augen entwickelte, ohne dass ein eigentliches Schielen entstand (v. Graefe). Die Diagnose multipler Lähmungen beruht vorzugsweise auf Feststellung der Beweglich-

keitsdefecte, da die Zerlegung der auftretenden Doppelbilder meist zu complicirt ist. — Sind eine Reihe von Muskelnerven eines Auges oder einzelne an beiden Augen gelähmt, aber unter Erhaltung der Accommodation und Pupillencontraction, so spricht man von Ophthalmoplegia exterior (Hutchinson, Mauthner), sind hingegen die den Ciliarmuskel und die Iris versorgenden Fasern des Oculomotorius allein afficirt, von Ophthalmoplegia interior.

Conjugirte Ablenkung. Convergenzlähmung.

Die pathologischen conjugirten Ablenkungen finden meist nach den Seiten hin statt, seltener nach oben oder unten. Es handelt sich in der Regel um Contracturen der associirten Muskeln, welche von Reizungen der oben erwähnten cerebralen Centren ausgehen. Prévost glaubte, aus den conjugirten Ablenkungen der Augen bestimmte Schlüsse auf die Lage des Krankheitsherdes ziehen zu können. Bei den gewöhnlichen apoplektischen Hemiplegien sind die Augen, wie auch der Kopf oft nach der nichtgelähmten Seite, also nach der Stelle der Hirnläsion gewendet. Richten sich hingegen die Augen nach der gelähmten Seite, so soll die Störung ihren Sitz im Mittelhirn, vom Tuber cinereum bis zur Medulla oblongata, Grosshirnschenkel und Brückenschenkel eingeschlossen, haben. Jedoch kommt diesen Sätzen keine allgemeine Gültigkeit zu (Bernhardt). Neben den Apoplexien veranlassen auch Encephalitis, eitrige Meningitis der Convexität, progressive Paralyse und Hirntumoren diese Deviation.

Die Convergenzlähmung zeigt sich darin, dass bei Annäherung eines Objectes in der Mittellinie die Augen nicht darauf convergiren können, sondern starr stehen bleiben; hingegen ist die Function der R. interni normal, wenn die Augen nach rechts oder links gerichtet werden. Entsprechend der mangelnden Bewegung treten gekreuzte Doppelbilder auf. Es wird übrigens öfters von Convergenzlähmung gesprochen, wo nur eine Insufficienz der R. interni vorliegt: bei letzterer pflegt zwar in der Regel ein Auge, den sich nähernden Gegenstand fixirend, zu convergiren, während das andere nach aussen abweicht, aber ausnahmsweise divergiren auch schon frühzeitig beide Augen. Auch hier hat die associirte Seitenbewegung keine Störung erlitten. Der diagnostische Unterschied ist darin zu suchen, dass bei wirklicher Convergenzlähmung die Convergenztendenz schon in grosser Entfernung vom Auge ausbleibt: auch nimmt hier nicht, wie bei der Insufficienz der R. interni, die Kraft der Externi zu. Als Ursache der eigentlichen Convergenzlähmung nimmt man eine Störung in den supponirten nervösen Centren für die Convergenzinnervation an: die Affection findet sich bisweilen bei sonst gesunden Individuen, die allerdings häufig an

Schwindelgefühlen leiden. — Entgegengesetzt der Convergenzlähmung kann gelegentlich die accommodative Convergenzbewegung fortbestehen, während die associirte Nasalbewegung bei Seitwärtsführung des Objectes vollständig ausbleibt (Hunnius, Moebius).

III. Verlauf und Ausgang.

Die Lähmungen können sich zurückbilden oder stationär werden In letzterem Falle kommt es bisweilen zu einer vollständigen Contraction des antagonistischen Muskels, der das Auge zu sich herüberzieht und fast unbeweglich fixirt (paralytische Contractur). Bleibt nach Rückgang der Lähmung noch eine vermehrte Spannung des Antagonisten, so haben wir das Bild des concomitirenden Schielens, oder auch des latenten, wenn die Spannung des Antagonisten so gering ist, dass eine im Interesse des Einfachsehens stattfindende vermehrte Innervation des früher gelähmten Muskels eine exacte Stellung beim binocularen Sehen erzielt.

Man darf am ehesten den Rückgang einer Lähmung erwarten, wenn sie auf periphere Ursachen, die der Behandlung zugänglich sind, so etwa rheumatische, zurückzuführen ist; aber auch hier dauert die Heilung Monate lang. Vorzugsweise häufig ist in dieser Weise der Abducens befallen. Treten die Lähmungen an beiden Augen auf und in der Gestalt von Paresen, so ist die Vermuthung eines centralen Leidens naheliegend und damit die Prognose bedenklich.

IV. Aetiologie.

Die Augennerven können ausserhalb des Gehirns in ihrem orbitalen und cerebralbasalen Verlauf erkranken. Im Gehirn selbst zwischen Austritt aus dem Gehirn und den Nervenkernen (fasciculäre Lähmungen, Dufour) und in den Kernen (Nuclearlähmung). Hierzu kommen noch die eigentlichen cerebralen Lähmungen.

Liegt die Ursache in der Orbita, so handelt es sich meist um Folgen von Traumen, um Knochenaffection oder Tumoren. Gewöhnlich leitet Exophthalmus, subconjunctivaler Bluterguss, Schmerzhaftigkeit, oder das Fühlen einer Geschwulst beim Eingehen mit dem Finger, auf die Diagnose. Oefters sind mehrere Nerven getroffen und selten ist die Lähmung vollständig. Eine vollständige Lähmung des Nerven spricht mehr für einen Process an der Basis cranii; hier werden oft mehrere Nerven einer Seite nacheinander befallen, mit Einschluss des Opticus. Doch kommen auch Ausnahmen vor: selbst im basalen Verlauf des Oculomotoriusstammes können bei Läsionen gerade die Aeste verschont

bleiben, welche Accommodation und Pupille versorgen. Ebenso können mehrere Augennerven und der Opticus ohne basale Erkrankung gleichzeitig befallen sein, wenn Allgemeinerkrankungen des centralen Nervensystems wie Tabes, multiple Sclerose, allgemeine Paralyse etc. vorliegen. Bei den Nuclearlähmungen handelt es sich oft um Ophthalmoplegia interior oder exterior. Auch beobachtet man nicht selten ein Fortschreiten der Lähmung auf andere Augennerven. Der Krankheitsprocess besteht meist in einer progressiven Poliencephalitis, die bei chronischem Verlaufe allmählich eine vollständige Augenmuskellähmung herbeiführen kann. Die Affection bietet so eine gewisse Analogie zu der Bulbärparalyse, wo auch eine Reihe functionell verknüpfter Nervenkerne (N. hypoglossus, glossopharyngeus, einzelne Facialisäste etc.) nach und nach in Mitleidenschaft gezogen werden. Die acute Poliencephalitis kann schnell zum Tode führen.

Im Allgemeinen sprechen für eine cerebrale Lähmung: a) conjugirte Ablenkungen, seien sie Folge eines Krampfes oder einer Lähmung associirt wirkender Muskeln; b) Lähmung gleichartiger oder in gleicher Richtung wirkender Muskeln an beiden Augen: jedoch kommen auch doppelseitige symmetrische Lähmungen vor, die basaler Natur sind; c) nacheinander auftretende Lähmungen einzelner Muskeln, die der Lage der einzelnen Nervenkerne entsprechen. Auch die Flüchtigkeit der Lähmungen, sowie ihre Unvollständigkeit sprechen mehr für cerebralen Sitz. Dazu kommen dann sonstige Symptome der Hirnerkrankung. So wurden Lähmungen der für die äusseren Augenmuskeln bestimmten Oculomotoriusäste mit contralateraler Hemiplegie verknüpft, bei Affectionen des Hirnschenkels gefunden: besteht eine Abducenslähmung unter gleichen Umständen, so ist an Ponserkrankungen zu denken: hier sind meist auch noch Trigeminus und Facialis betheiligt. Nach Haemorrhagien oder Erweichungen in der Gegend der Corpora quadrigemina können gekreuzte Hemiplegie neben Oculomotoriuslähmungen sich zeigen: diese treffen hier auch meist die Pupillenäste des Nerven. Ptosis allein wurde öfters bei corticalen Erkrankungen gesehen, ebenso die Lähmung des Augenfacialis. Letzterer bleibt meist verschont bei der Bulbärparalyse und bei Hemiplegien nach Apoplexia sanguinea.

Von mechanischen Ursachen, die auf die Nerven wirken, sind Geschwülste, Basisfracturen (besonders oft wird der Abducens durch Brüche des Felsenbeines oder Blutungen an dieser Stelle getroffen [Panas]), Exostosen, Periostitis, Aneurysmen (so Riss der Carotis im Sin. cavernosus, vergl. pulsirender Exophthalmus), gummöse Meningitis und sonstige Exsudate besonders zu nennen. Hirntumoren, Blutungen, Encephalitis, disseminirende Hirnsclerose, Atrophie der Ganglienzellen, graue Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks führen zu centralen Augenmuskel-Lähmungen, deren Diagnose in der Regel durch sonstige pathologische Erscheinungen gesichert ist. Aber es scheint, dass auch vorübergehende Hyperämien und Anämien zu Paresen führen können, die alsdann, meist nicht alle Fasern des Nerven treffend,

wieder schwinden, um gelegentlich an anderen Stellen wieder aufzutauchen. Derartige leichtere Lähmungen bilden bisweilen Vorläufer schwerer Hirn- oder Rückenmarkserkrankungen. Doch treten auch völlige Heilungen ein; besonders bei jüngeren Individuen habe ich Paresen, selbst doppelseitige, bei denen eine centrale Ursache (Nuclear-Affectionen) angenommen werden musste, wieder zurückgehen sehen, ohne dass bei einer Jahre langen Beobachtung andere cerebrale Symptome sich zeigten. In anderen Fällen sind mit Sicherheit Erkältungen nachweisbar: so sieht Jemand schweisstriefend aus dem Wagenzuge eines Eisenbahnzuges, wird von dem scharfen Zugwinde getroffen und bekommt darauf eine Lähmung des Abducens. Oefters begleiten gleichseitige Kopfschmerzen die rheumatischen Lähmungen. Bei vielen Kranken ist Syphilis die Ursache. In selteneren Fällen tritt nach Diphtheritis (eine fast vollständige Ophthalmoplegie beiderseits wurde von Mendel mitgetheilt), Diabetes, Influenza oder nach Blutvergiftung eine Augenmuskellähmung auf; ebenso kommen hysterische und angeborene Lähmungen zur Beobachtung. —

Eine directe Schwächung der Augenmuskeln sehen wir bei Orbitalphlegmonen, bei Geschwülsten, nach Traumen und bei Trichinosis entstehen.

V. Therapie.

Die Behandlung wird sich, soweit es angeht, gegen die ursächlichen Momente zu richten haben. Bei rheumatischen Lähmungen ist im Beginn ein diaphoretisches Verfahren, Schwitzcuren, Pilocarpineinspritzungen, Salicylsäure u. s. w. angezeigt, später wird Jodkali gegeben. Auch örtliche Blutentziehungen, ableitende Hautreize (Jodtincturbepinselungen, Veratrinsalbe auf Schläfe und Stirn) sind am Platze. Bei Syphilis ist unter gewissen Verhältnissen eine Schmier- oder Spritzcur mit Sublimat indicirt. Doch hüte man sich damit vorzugehen, wenn etwa schon atrophische Sehnervenaffectionen das Leiden compliciren. Hier ist Jodkali zu geben, ein Mittel, das in steigender Dosis und in Verbindung mit Galvanisation des Sympathicus auch bei Nuclear-Lähmungen empfohlen wird. Später kann man die Elektricität local anwenden, indem man von einem nicht zu starken inducirten Strome beide Pole auf die geschlossenen Lider in die Gegend des gelähmten Muskels, oder auch die Kathode dieses oder des constanten Stromes (etwa 1 bis 2 Milliampères), direct über dem Muskel auf die cocainisirte Conjunctiva setzt. Michel hat empfohlen, in der Weise den gelähmten Muskel orthopädisch zu behandeln, dass man die Conjunctiva über dem Antagonisten mit einer Pincette fasst, das Auge

nach der betreffenden Seite herüberzieht und diese Bewegungen systematisch wiederholt. Auch Strychnininjectionen in die Schläfe sind zu versuchen.

Um die Beschwerden der Kranken, welche durch das Auftreten der Doppelbilder bedingt sind, zu heben, lasse man sie eine Brille tragen, bei der das Glas vor dem kranken Auge mit Pflaster verklebt oder sonst undurchsichtig gemacht ist. Auch undurchsichtige Monocles sind für Liebhaber geeignet. Wollte man das gesunde Auge verdunkeln, so würde die falsche Projection, wie wir oben gesehen, dem Kranken Schwindelgefühl und Unbehagen verursachen. In besonders unangenehmer Lage sind Patienten mit Ungleichheit der Sehkraft beider Augen, wenn das sehkräftigere und für gewöhnlich benutzte Auge von der Lähmung befallen ist.

Ferner könnte man daran denken, durch Prismen die Doppelbilder zur Verschmelzung zu bringen. Dieselben müssten so vorgelegt werden, dass die Lage der Prismabasis der Zugwirkung des gelähmten Muskels entspricht. Besteht beispielsweise Lähmung des linken Abducens, so werden die entstehenden gleichnamigen Doppelbilder vereinigt durch ein Prisma mit der Basis temporalwärts vor das linke Auge gelegt; dasselbe lässt das linke Doppelbild nasalwärts herüberrücken.

[Zur leichteren und schnelleren Orientirung über die Wirkung der Prismen kann man sich merken, dass das entsprechende Doppelbild sich immer auf der Seite befindet, nach welcher die brechende Kante gerichtet ist.]

Bestehen Höhenunterschiede neben seitlichem Abstand der Doppelbilder, so muss durch ein weiteres Prisma, Basis nach oben oder unten, der Höhenunterschied ausgeglichen werden. Man erreicht dies bisweilen auch durch schräge Haltung eines und desselben Prismas. Wenn ein Prisma von einem bestimmten Winkelgrade gefunden ist, das die Doppelbilder zum Verschmelzen bringt, so könnte es in ein Brillengestell gesetzt und getragen werden. Falls das Prisma aber stärker als etwa 5 Grad ist, wird es zu schwer und giebt unangenehme Farbenränder. In der Regel vertheilt man die Wirkung auf beide Augen, indem man vor jedes ein Prisma von der halben Stärke setzt. Also wenn Prisma 10 Grad, Basis nach aussen, vor das linke Auge gehalten die Doppelbilder vereinigt, legt man vor beide Augen ein Prisma von 5 Grad, Basis nach aussen. Es wird hierdurch das Bild des linken und des rechten Auges nasalwärts verschoben.

Abgesehen davon, dass oft erst sehr starke und deshalb praktisch nicht mehr verwendbare Prismen die Vereinigung der Doppelbilder erzielen, so spricht gegen ihre Anwendung auch noch, dass sie nur für

eine ganz bestimmte Blickrichtung genügen, während gerade beim Lähmungsschielen die Ablenkung des Auges je nach der Blickrichtung erheblich wechselt.

Meist wird man daher von ihrer Benutzung zu diesem Zwecke absehen müssen. Hingegen werden sie zu orthopädischen Uebungen bisweilen verwendet. Man rückt nämlich durch Prismen die Doppelbilder so dicht aneinander (ohne sie jedoch mechanisch zur vollen Deckung zu bringen), dass das Interesse des Einfachsehens angeregt wird: eine stärkere Innervation des paretischen Muskels soll alsdann die Verschmelzung bewirken. Bequemer ist das Verfahren, dass man einen Gegenstand (z. B. den eigenen Finger) aus dem Gebiete des Einfachsehens vor den Augen in das Gebiet des Doppelsehens hinüberführen lässt mit dem Auftrage, möglichst lange das Einfachsehen festzuhalten. Doch ist bei beiden Versuchen darauf zu achten, dass man nicht durch Ueberanstrengung, wie leicht möglich, die paretischen Muskeln übermüdet und damit schwächt. Es dürfen derartige Versuche höchstens einige Male hintereinander angestellt werden. Benutzt man zur Uebung Prismen, so geht man allmählich zu schwächeren über, um eine immer stärkere Contraction des paretischen Muskels anzuregen.

Operative Eingriffe, von denen die Tenotomie des Antagonisten am kranken Auge (äquilibrirende) oder des associirten Muskels am gesunden Auge (compensatorische Operationen) oder endlich die Vorlagerung des geschwächten Muskels in Frage kommen kann, werden meist nur in den Fällen gemacht, wo nach abgelaufener Lähmung sich eine secundäre Spannungszunahme des Antagonisten gebildet hat oder die Lähmung stationär geworden ist: eine zu frühzeitige Ausführung derselben würde bei etwaigem Rückgang der Lähmung Schielen nach entgegengesetzter Richtung zur Folge haben. Alfred Graefe empfiehlt für das Convergentschielen nach Abducensparalyse die Tenotomie des associirten Rectus internus des gesunden Auges oder bei höheren Schielgraden die Combination derselben mit einer Rücklagerung des Internus am kranken Auge. Ist der Abductionsdefect neben entwickelter Secundärconvergenz ein sehr bedeutender, so ist sogar die Vorlagerung des gelähmten Abducens unter Entfernung eines Endstückes seiner Sehne damit zu verbinden. Aehnliches würde von Lähmungen des Rectus internus gelten. Bei Lähmung des Obliquus superior tenotomirt man den Rectus inferior des gesunden Auges, der als dem Obl. superior associirt zu betrachten ist; bei Lähmung des Obliqu. inferior den R. superior der anderen Seite. Bei Schwächezuständen des R. superior und R. inferior bleibt nur die Vorlagerung dieser Muskeln übrig.

2. Strabismus concomitans (musculäres Schielen).

Die (im Gegensatz zum paralytischen Schielen auftretenden) Ablenkungen eines Auges von dem fixirten Object, welche in Folge von grösserer Zugkraft eines Muskels oder Spannungsvermehrung oder auch abnormer Schwäche des Antagonisten zu Stande kommen, führen die Bezeichnung concomitirendes Schielen deshalb, weil das abgelenkte Auge das fixirende bei den verschiedenen Blickrichtungen begleitet*).

I. Allgemeine Diagnose.

Als unterscheidende Momente gegenüber dem paralytischen Schielen kommen folgende in Betracht:

1) Beim concomitirenden Schielen ist kein eigentlicher Beweglichkeitsdefect vorhanden. Zwar ist häufig bei der Einzelprüfung des abgelenkten Auges die Beweglichkeit in der dem ablenkenden Muskel entgegengesetzten Richtung etwas verringert. Die Gesammtausdehnung des Blickfeldes ist aber normal, indem eine gewisse Verschiebung des Gebietes zu Gunsten des stärker contrahirten Muskels besteht. In der Regel lässt sich Aehnliches, wenn auch nicht in dem Maasse, bezüglich des Blickfeldes des nicht schielenden Auges constatiren; auch hier pflegt der gleichnamige Muskel (etwa bei Strab. convergens der Rect. internus) stärkeren Einfluss auf den Bewegungsbogen des Auges zu üben.

2) Schielstellung. a) Der Schielgrad bleibt gleich gross durch das ganze Blickfeld. Führt man z. B. bei Strab. convergens eine Lichtflamme in horizontaler Ebene von rechts nach links, so ist der Grad der Ablenkung überall ein gleicher. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass bei der Einstellung auf verschiedene Entfernungen der Grad des Schielens wechselt; ja selbst bei der Einstellung auf dieselbe Entfernung und dasselbe Object kann das schielende Auge gelegentlich stärker oder weniger stark abgelenkt sein. Besonders häufig ist dies beim Strab. convergens der Hyperopen der Fall, wo die grössere oder geringere Accommodationsspannung und das grössere oder geringere Interesse, scharfe Netzhautbilder zu gewinnen, ihren Einfluss auf die Contraction der M. recti interni in grösserem oder geringerem Grade, wie später noch genauer darzulegen ist, ausüben. b) Der Primärschielwinkel ist gleich dem

---

* Deutsche Heeresordnung. Bedingt tauglich (§ 7, Anlage 2; Landsturm 1. Aufgebots, nur ausnahmsweise Ersatzreserve): b) Schielen, wenn beim Geradeaussehen des einen Auges das andere mit dem Hornhautrande den inneren oder äusseren Lidwinkel berührt. — (§ 7, Anlage 1: Ersatzreserve; jedoch ist die Aushebung zum activen Dienst keineswegs ausgeschlossen): f) Schielen geringeren Grades.

Secundärwinkel. Da es sich um eine bei allen Blickrichtungen gleichbleibende Kraftzunahme des ablenkenden Muskels, nicht um eine Lähmung des Antagonisten handelt, so wird, falls das abgelenkte Auge eingerichtet wird, der erforderliche Nervenimpuls in gleicher Weise und mit demselben Effect auf den associirten Muskel des anderen Auges wirken. Besteht beispielsweise am linken Auge bei Strabism. convergens eine Ablenkung von 4 mm, so wird zur Einstellung dieses Auges auf den fixirten Gegenstand, was man durch vorübergehendes Verdecken des rechten Auges bewirken kann, der R. externus des linken Auges einen entsprechenden Nervenimpuls erhalten, der in gleicher Weise auf den associirten R. internus des rechten Auges wirkend, das rechte Auge um 4 mm nach innen ablenkt. Uebrigens kommen gelegentlich kleine Differenzen vor, besonders bei Verschiedenheit der Refraction beider Augen. Sie stehen dann in Verbindung mit dem grösseren oder geringeren Accommodationsimpuls, den das eine oder andere Auge fordert. Dieser Accommodationsimpuls aber beeinflusst in gewissem Grade auch die Convergenzstellung. Auch ist weiter zu erwägen, dass bisweilen bei dem dauernd abgelenkten Auge nicht die Macula zum Fixiren benutzt wird, sondern eine excentrisch davon liegende Netzhautstelle. Dies hat natürlich auch Einfluss auf das Maass der secundären Schielablenkung.

3) Da der Schielwinkel gleich bleibt, behalten auch die Doppelbilder, wenn sie vorhanden sind, eine gleiche Entfernung durch das ganze Blickfeld. Doch werden spontan nur selten Doppelbilder angegeben. Es beruht dies darauf, dass in der Regel schon in früher Jugend das concomitirende Schielen sich entwickelt, wo die mangelhafte Beobachtungsgabe das Auftreten der Doppelbilder meist nicht zum Ausdruck kommen lässt. Dass sie aber anfänglich vorhanden sind, dafür spricht — neben den Angaben intelligenter Kinder — der Umstand, dass Erwachsene, die von concomitirendem Schielen befallen werden, ganz regelmässig über Doppelbilder klagen. Auch kommt hinzu, dass in der Jugend die Doppelbilder eher wieder verschwinden werden, da der binoculare Sehact sich noch nicht so zwingend und unabänderlich festgesetzt hat. Dieses Verschwinden der Doppelbilder geht in der Regel so vor sich, dass das Bild des abgelenkten Auges verschwindet, indem sich die Aufmerksamkeit ganz auf das Bild des eingestellten Auges concentrirt. Der Ausdruck, dass das Bild des anderen Auges „unterdrückt" wird, ist nicht voll bezeichend: die Unterdrückung als solche ist keine active Thätigkeit, sondern ist nur die Folge der vermehrten und angestrengten Aufmerksamkeit auf das von dem fixirenden Auge Gesehene.

Dass auch bei normalem Sehen das völlige Abstrahiren von dem, dem einen Auge gebotenen Sehobjecte möglich ist, beobachtet man trotz Offenhaltens beider Augen beim Mikroskopiren und Ophthalmoskopiren genügend oft. Ebenso, wenn man etwa eine Schrift liest, während man durch ein Blatt Papier, in der Mittellinie des Gesichtes gehalten, das dem rechten Auge Gebotene von dem, was das linke Auge sieht, scheidet. Je nach der Seite, auf welche die Aufmerksamkeit sich richtet, wird mit dem rechten oder dem linken Auge gelesen. Wenn nun in der Jugend das eintretende Schielen zu einer absichtlichen Unterdrückung des störenden Doppelbildes, das im Uebrigen im schielenden Auge wegen seiner excentrischen Lage schwächer ist, führt, wenn absichtlich ein monoculares Sehen geübt wird, so ist es verständlich, dass bei der weiteren körperlichen und geistigen Entwicklung die Fähigkeit, die Netzhautbilder beider Augen zu gleicher Zeit im Geiste zu verarbeiten und zum Bewusstsein zu bringen, abnimmt: es entwickelt sich eine psychische Abnormität. Die äussere sichtbare Scheidewand, durch welche wir experimentell das Gesichtsfeld beider Augen der Normalsehenden trennen können, findet bei vielen Schielenden ihre Analogie in einer geistigen Scheidung beider Gesichtsfelder. Wendet sich die Aufmerksamkeit dem einen Auge allein zu, so kommt das Gesichtsfeld des anderen, soweit es stören könnte, unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht mehr zum Bewusstsein. Dessenungeachtet aber können grössere Gegenstände, welche sich auf der Seite des ausgeschlossenen Auges finden, bei darauf gelenkter Aufmerksamkeit von Schielenden wahrgenommen werden. So hat Schweigger gezeigt, dass von dem schielenden Auge das Bild einer durch Reflex hineingeworfenen Lichtflamme in der Regel empfunden wird, selbst wenn dieses Bild auf eine Stelle der Netzhaut fällt, welche dem Theil des Gesichtsfeldes entspricht, der von dem fixirenden Auge beherrscht wird.

Aehnlich spricht für eine Mitbetheiligung des schielenden Auges, im Falle dass sein Sehen nicht stört, Folgendes:

Führt man bei Fixation eines Gegenstandes in der Mittellinie eine Kerze durch den horizontalen Meridian, während der Schielende ein rothes Glas vor dem schielenden Auge hält, so bekommt an der Stelle, welche ihr Bild auf die Macula lutea des abgelenkten Auges wirft, in der Regel das Licht eine röthliche Färbung als Beweis, dass die Macula dieses Auges doch stärker empfindet als die entsprechende periphere Netzhautparthie des eingestellten Auges. Auch pflegt das schielende Auge stark seitlich gelegene Gegenstände, die ausserhalb des Gesichtsfeldes des fixirenden Auges liegen, wahrzunehmen.

Legen wir Patienten mit concomitirendem Schielen ein rothes Glas vor die Augen, das die Bilder differenzirt, so kommen sie oft dahin, dieselben als Doppelbilder wahrzunehmen. Man hält am besten das Glas vor das fixirende Auge.

Bei vielen muss man diesen Versuch öfters wiederholen, indem man durch Vorhalten der Hand vor ein Auge bald das schielende, bald das gewöhnlich eingerichtete sich einstellen lässt und die Kranken direct darauf hinweist, dass im Moment des Freilassens des früher verdeckten Auges Doppelbilder sich zeigen würden. Es macht hier recht lebhaft den Eindruck, dass es einer ganz besonderen Anstrengung und ungewohnten Aufmerksamkeit auf die Bilder des schielenden Auges bedarf, um die subjective Wahrnehmung der Doppelbilder hervorzurufen.

Der grosse Unterschied in der Häufigkeit der Diplopie bei paralytischem und concomitirendem Schielen ist vorzüglich dadurch bedingt,

dass von Augenmuskellähmungen in der Regel Erwachsene befallen werden. Ihnen wird es natürlich viel schwerer, oder es ist ihnen auch für immer unmöglich, die Doppelbilder zu unterdrücken, da bei ihnen bereits der psychische Verschmelzungsact beider Gesichtsfelder als ein unwillkürlicher und mit elementarer Gewalt einhergehender sich ausgebildet hat. Und doch wird dies nicht selten nach einiger Zeit erreicht; besonders leicht gelingt es, wenn das abgelenkte Auge schwachsichtig. So hören wir bei Aphakie eines Auges, z. B. nach traumatischem Katarakt, anfänglich öfters die Klage, dass das Sehen des gesunden Auges durch die verschwommenen Bilder des anderen gestört wird; wenn alsdann das aphakische nach aussen abgewichen ist, wie es in einer Reihe von Fällen eintritt, schwinden auch hier allmählich die Doppelbilder. Andererseits klagen auch Erwachsene, bei denen concomitirendes Schielen sich entwickelt, oft dauernd über Doppelbilder.

Zeigen sich bei kleinen Kindern, wie es auch gelegentlich vorkommt, Augenmuskellähmungen, so fehlen entweder die Klagen über Doppelbilder oder, wenn sie vorhanden, so schwinden sie bald. Lehrreich ist folgendes Beispiel: Ein älterer Patient, der an einer in frühester Jugend entstandenen Parese des R. superior litt, hatte beiderseits volle Sehschärfe und konnte die Augen nach Willkür abwechselnd zum Sehen benutzen. Diplopie sowie binoculares Sehen jedoch fehlten. Die Projection erfolgte richtig.

Der Verlust der gleichzeitigen Verwerthung binocularer Eindrücke kann sich auf bestimmte Regionen beschränken. Besonders häufig wird diejenige Netzhautpartie des schielenden Auges ausgeschlossen, welche in der Richtungslinie des von dem anderen Auge fixirten Objectes liegt. Diese Partie würde ja das am meisten störende Doppelbild, nämlich das des fixirten Objectes geben, wenn nicht von der Verwerthung ihrer Netzhautbilder abstrahirt würde. Man bezeichnet dies als regionäre Exclusion (Graefe). Während man in solchen Fällen weder spontan noch mit vorgehaltenem buntem Glase Doppelbilder bekommt, entstehen dieselben und werden oft der Schielstellung entsprechend projicirt, wenn man durch vorgehaltene Prismen die von der fixirten Lichtflamme ausgehenden Strahlen auf andere periphere Netzhautpartien lenkt.

Nicht immer ist eine Uebereinstimmung der einzelnen Doppelbilderdistanz mit der linearen Ablenkung des einen Auges zu finden. Es kommen sogar Fälle von Strabismus convergens vor, wo anfänglich nach einer Schieloperation, die nur eine Verringerung der Convergenz erzielte, gekreuzte Doppelbilder angegeben werden, während nach der Identitätslehre doch gleichnamige vorhanden sein müssten. Man hat hier von einer Netzhaut-Incongruenz gesprochen. Wahrscheinlicher ist die Auffassung, zumal diese gekreuzten Doppelbilder in der Regel bald wieder schwinden, dass sich für jedes Auge eine der früheren Schiel-

stellung entsprechende besondere Projection ausgebildet hatte, die ein binoculares Sehen ohne Doppelbilder ermöglichte. In dem angenommenen Falle von Strabismus convergens würden demnach die Macula lutea des fixirenden Auges und die ihr bei dieser Schielstellung anatomisch correspondirende Stelle der inneren Netzhauthälfte des abgelenkten Auges ihre Netzhautbilder auf einen und denselben Punkt im Raum beziehen. Wird diese Correspondenz durch eine Schieloperation gestört, so treten eben Doppelbilder auf, die aber unter den neuen Erfahrungen bald wieder schwinden, um so leichter, da zweifellos die anatomisch identischen Stellen beider Netzhäute eine angeborene Beanlagung für gleichartige Projection und Einfachsehen haben. Auch die seltenen Fälle von Strabismus divergens, bei denen gleichnamige Doppelbilder angegeben werden, lassen sich in ähnlicher Weise durch falsche Projection erklären. Ich beobachtete eine Patientin mit Strabism. divergens alternans, bei der für gewöhnlich das fixirende Auge nicht die Macula, sondern eine nach aussen gelegene excentrische Stelle auf das Object einrichtete. In dieser Schielstellung bestanden keine Doppelbilder. Benutzte die Kranke hingegen, was sie willkürlich konnte, die Macula zur Fixation, so traten trotz restirenden Strab. divergens gleichnamige Doppelbilder auf, die ihre Erklärung in der jetzt eingetretenen und zum Bewusstsein gekommenen Verrückung des Kreuzungspunktes der Richtungsstrahlen nach innen finden.

Wir können demnach zusammenfassend bei den concomitirend Schielenden bezüglich des Ausbleibens oder Auftretens der Doppelbilder Folgendes constatiren: In der Regel besteht ein mehr oder weniger hochgradiger Defect in der psychischen Verwerthung der Netzhauteindrücke des schielenden Auges zum binocularen Sehen. Derselbe kann sich auf bestimmte Regionen der Netzhaut oder auf die ganze Netzhaut beziehen. Die Projection ist entsprechend der anatomischen Identität oder sie weicht mehr oder weniger von ihr ab. In Ausnahmefällen ist das Vermögen einer binocularen Verwerthung beider Netzhautbilder vorhanden.

4) Schwachsichtigkeit eines Auges. Sehr häufig ist beim concomitirenden Schielen ein Auge schwachsichtig; volle Sehschärfe beider Augen findet sich bei Schielenden verhältnissmässig selten. Auch Refractionsdifferenzen (Anisometropie) sind oft nachweisbar. Oefters erklärt sich die Sehschwäche, wenigstens zum Theil, durch vorangegangene Krankheiten, welche Hornhauttrübungen und Aehnliches zurückgelassen haben. In anderen Fällen fehlt jedes palpable Moment, wir haben dann eine Amblyopie ohne pathologischen Befund. Das Gesichtsfeld ist in der Regel von normaler Weite, gelegentlich sind Verengungen desselben zu constatiren. Auch Herabsetzungen des Lichtsinns habe ich hier und da

gefunden. Bei Aufnahme des binocularen Gesichtsfeldes pflegt an der Stelle, auf welche die Sehlinie des abgelenkten Auges direct gerichtet ist, die Sehempfindung durch dieses vermittelt zu werden. In anderen Fällen ist aber beim convergenten Schielen das centrale Sehen so gering, dass das abgelenkte Auge — bei Verschluss des anderen — nicht mit der Macula lutea, sondern mit einem excentrisch nach innen von ihr gelegenen Theil das Object fixirt. Da die Mitbenutzung des convergent abgelenkten Auges sich vorzugsweise auf den Theil seines temporalen Gesichtsfeldes, welcher von dem normal eingestellten Auge nicht gesehen werden kann, beschränken wird, so bleibt die innere Netzhauthälfte besonders in Uebung.

Man hat diese vorzugsweise bei monolateralem Schielen vorkommende Schwachsichtigkeit als Amblyopie aus Nichtgebrauch aufgefasst. Ihre Entstehung kann sich in der Weise erklären, dass der absichtliche Ausschluss des betreffenden Auges bei der psychischen Verarbeitung der Netzhauteindrücke zu einer aus Nichtübung entstandenen Minderwerthigkeit der betreffenden Hirntheile führt; es muss dabei vorausgesetzt werden, was hier zutrifft, dass in der Jugend dieser Ausschluss beim Beginnen des Schielens erfolgt, also zu einer Zeit, wo das Hirn noch in voller Entwicklung ist. — Gegen die Anschauung, dass diese Schwachsichtigkeiten immer unabhängig vom Schielen seien und stets als congenitale Amblyopien aufgefasst werden müssten, sprechen verschiedene Gründe.

So die ungemeine Häufigkeit ihres Vorkommens bei monocularem Strabismus und vor Allem, dass Amblyopien, bei denen — ohne pathologischen Befund — die grössere Sehschärfe sich wie in den erwähnten Fällen an einer excentrischen Netzhaut findet, ohne gleichzeitiges Schielen sonst nicht zur Beobachtung kommen. Weiter sind Fälle verfolgt worden, wo ein in der Jugend sehkräftiges schielendes Auge später amblyopisch wurde. Ich operirte einen siebenjährigen Knaben wegen höhergradigen Strab. convergens oculi dextri, der zur Zeit der Operation am rechten Auge noch volle Sehschärfe bei H $^1/_{40}$, aber ohne binocularen Sehact besass. Es blieb ein Strab. convergens von circa $1\,^1/_2$ mm bestehen. Zehn Jahre später zählte Patient nur Finger in 4 m und fixirte mit einer Stelle der inneren Netzhauthälfte: eine Augenerkrankung war inzwischen nicht eingetreten. Roosa berichtet über einen Fall, wo in 4 Jahren die vorher volle Sehschärfe des schielenden Auges auf $^2/_5$ gesunken war und Schnabel führt als für unsere Auffassung sprechend an, dass nach seiner ausgedehnten statistischen Zusammenstellung (527 Personen mit Strabis. convergens), der Zunahme des Alters entsprechend die Zahl derjenigen, welche auf dem schielenden Auge schlechter sehen, erheblich zurückgeht. — Es ist durch die zur Erklärung der Unterdrückung von Doppelbildern gemachte Annahme einer centralen Minderwerthigkeit in der Perception der Netzhautbilder weiter auch verständlich, dass später durch einseitige Uebung des Auges die verloren gegangene Sehschärfe in der Regel nur in mässigem Grade gehoben werden kann. Wohl aber sieht man nicht selten durch derartige Uebungen und besonders durch Geradestellung des Auges nach der Operation eine erhebliche

Verbesserung des Sehvermögens bezüglich seiner Gebrauchsfähigkeit zu Stande kommen.

In einer grösseren Reihe von Fällen ist allerdings aus gewissen Anzeichen (z. B. Ast. irregularis) eine angeborene Schwachsichtigkeit des schielenden Auges anzunehmen; dieselbe begünstigt die Ablenkung.

II. Specielle Diagnose und Aetiologie.

Das concomitirende Schielen tritt entweder so auf, dass ein und dasselbe Auge beständig in der Schielstellung sich befindet, während das andere beständig zur Fixation benutzt wird (monoculares Schielen), oder in der Art, dass beide Augen abwechselnd zur Fixation verwendet werden (Strab. alternans). In letzterem Falle gestaltet sich der Vorgang, wenn man ein Object in horizontaler Ebene von rechts nach links vor dem Kranken vorbeiführt, in der Regel annähernd so, dass auf der rechten Seite des Blickfeldes das rechte Auge, auf der linken das linke zur Fixation verwendet wird.

Ferner können wir entweder ein beständiges Abweichen eines Auges bei Schielenden constatiren oder ein periodisch auftretendes (Strab. periodicus). Diese letztere Form ist besonders bei Strabismus convergens zur Zeit, wo dieses Schielen sich ausbildet, meist im vierten bis sechsten Lebensjahre, sehr häufig; das Schielen tritt dann ein, wenn das Kind „einen deutlichen Seheindruck erzielen will“ (Böhm), mit anderen Worten, wenn es accommodirt. Die Augen sind für gewöhnlich normal eingestellt; hält man dem Kinde aber einen kleineren Gegenstand, etwa die Zeiger einer Uhr, nahe vor die Augen, so tritt die convergirende Abweichung hervor und bisweilen in einem erschreckend hohen Grade. Es kann sich dieser Zustand des periodischen Schielens beständig erhalten oder spontan schwinden; in den meisten Fällen kommt es zu constantem Schielen. —

Nach den oben erwähnten Verschiedenheiten diagnosticiren wir beispielsweise einen Strabismus convergens alternans oder Strab. conv. monocularis (oc. dextri oder sinistri), oder einen Strab. conv. periodicus alternans oder Strab. conv. periodicus oc. dextri u. s. w.

Strabismus convergens concomitans.

Der Strabismus convergens ist nicht selten mit einer leichten Höhenablenkung des schielenden Auges verknüpft. Letztere ist entweder ein ungewöhnlicher, vielleicht durch besondere Ansatz- oder Innervationsverhältnisse bedingter Effect der Contraction des R. internus,

oder es handelt sich um eine selbständige Mitbetheiligung der Auf- und Abwärtswender. In ersterem, bei weitem häufigeren Falle geht immer das nach innen abgelenkte Auge, gleichgültig, ob man mit dem rechten oder linken fixiren lässt, nach oben; diese Ablenkung schwindet fast regelmässig nach der Tenotomie des R. internus. Im anderen Falle gestaltet sich die Sache folgendermaassen: Bei der Fixationsstellung des rechten Auges steht beispielsweise das linke nach innen und etwas nach oben gerichtet. Lässt man nun das linke Auge den betreffenden Gegenstand fixiren, so macht das rechte Auge eine associirte Bewegung nach innen und nach unten. Meist wird auch hier, wenn nach der gegen den Strab. convergens gerichteten Operation ein binocularer Sehact erreicht wird, der Höhenunterschied im Interesse des letzteren durch entsprechende Innervation ausgeglichen; nur selten bedarf es noch eines operativen Vorgehens gegen den Rect. superior.

Die überwiegende Zahl derer, welche an Strabismus convergens leiden, sind Hyperopen. Eine Zusammenstellung von 154 Fällen aus meiner Klinik ergab in 75% das Bestehen von ein- oder doppelseitiger Hyperopie. Der Einfluss, welchen diese Refractionsanomalie auf das Zustandekommen des Strabism. converg. übt, wurde vorzugsweise von Donders klar gelegt. Der Hyperop bedarf zum Sehen in der Nähe einer grösseren Accommodationsanstrengung als der Emmetrop. Bei der gewöhnlichen, auf den fixirten Gegenstand gerichteten binocularen Convergenz ist ihm die erforderliche Accommodationsspannung unmöglich. Da aber mit zunehmender Convergenz, d. h. mit erhöhter Contraction der M. recti interni gleichzeitig eine Vermehrung der Accommodationsspannung eintritt, so sucht der Hyperop sich dieselbe in der Weise zu ermöglichen, dass er ein Auge in der für den fixirten Gegenstand erforderlichen Convergenzstellung lässt, den R. internus des anderen Auges aber stärker contrahirt und somit mit diesem Auge nach innen schielt. Da die Gesammtspannung beider R. interni bei der Accommodationsspannung jedes einzelnen Auges in Rechnung kommt, so erhält hierdurch auch das eingestellte Auge eine höhere Accommodation. Der Patient kann nunmehr accommodiren, giebt aber den binocularen Sehact auf. Das typische periodische Schielen tritt daher immer dann auf, wenn ein in der Nähe befindlicher Gegenstand scharf gesehen werden soll, oft steigert sich der Grad der Einwärtsstellung ruckweise mit der zunehmenden Tendenz zu einer genauen Accommodation auf das Object. Am häufigsten kommt es bei Hyperopen niedrigeren und mittleren Grades vor: ihnen schafft die vermehrte Spannung des R. internus noch die Möglichkeit ausreichender Accommodation. Bei hochgradigen Hypermetropen reicht diese Convergenzerhöhung aber nicht aus: hier ist das Schielen auch selten. Anderer-

seits sieht man es gelegentlich auftreten, wenn Hyperopen nach schweren Krankheiten allgemeine Muskelschwäche zurückbehalten haben: zur Zeit der Gesundheit waren sie im Stande, mittels ihres kräftigen Accommodationsmuskels ohne Zuhülfenahme übermässiger Convergenz genügend zu accommodiren; jetzt müssen sie zu letzterer ihre Zuflucht nehmen. Nach Wiedergewinnung der früheren Muskelkraft schwindet dann auch das Schielen.

Am ehesten werden diejenigen Hyperopen zum Schielen kommen, bei denen der binoculare Schact schon durch Ungleichheit beider Augen in Frage gestellt ist Dies trifft zu, wenn ein Auge sehschwach ist oder geworden ist, (wie beispielsweise durch Hornhautflecke nach Keratitis, wie sie nach Ausschlagkrankheiten vorkommen), wenn erhebliche Refractionsdifferenzen oder wenn unregelmässiger Astigmatismus die binoculare Verschmelzung der Netzhautbilder erschweren. Auch zeigt sich die Wichtigkeit der geringeren oder grösseren Festigkeit des binocularen Sehactes als Erleichterungs- oder Erschwerungsgrund für die Entstehung des Strabismus conv. hyperopicus darin, dass derselbe sich in frühester Kindheit in der Regel entwickelt, während ein Entstehen bei Erwachsenen mit sicher ausgebildetem binocularem Sehen kaum je beobachtet wird.

Es wird ferner das bei den verschiedenen Refractionen ungleiche Verhalten des Winkels γ (vergl. S. 72) in Betracht zu ziehen sein. Beim Hyperopen ist dieser Winkel am grössten; es steht also die Pupillenmitte oder das Hornhautcentrum am meisten nach aussen von der Blicklinie. Bei Einstellung beider Augen auf einen Gegenstand in bestimmter Entfernung werden danach beim Hypermetropen die Augen bezw. die Hornhautcentra etwas weiter nach aussen gedreht werden müssen als beim Emmetropen oder dem Myopen; hierzu ist eine grössere Contraction der R. externi erforderlich, welche bei zu starken Anforderungen nicht mehr geleistet werden kann und so eine Insufficienz den Interni gegenüber hervortreten lässt.

Durch die häufige periodische Inanspruchnahme der Contraction des R. internus kann sich nach und nach eine dauernde elastische Spannungsvermehrung des Muskels und damit ein constantes Schielen entwickeln.

Wenn es trotz des Vorhandenseins der oben entwickelten ätiologischen Momente in einer Reihe von Fällen nicht zum Convergentschielen kommt, so können individuelle Hinderungsgründe, z. B. starker Widerwille gegen Doppelbilder, Schwäche der R. interni (Ulrich) oder auch Modificationen der normaler Weise zwischen Convergenz und Accommodationsspannung bestehenden Beziehungen (Graefe) vorliegen, welche uns hierfür eine Erklärung geben.

Andererseits wird Strabismus convergens auch beobachtet, ohne dass wir hyperopische Refraction oder Accommodationsschwäche finden. Hier handelt es sich um ein bereits bestehendes elastisches Uebergewicht oder eine ungewöhnlich grosse Kraft der M. recti interni, musculäre Anomalien, welche Schweigger mit besonderem Nachdruck auch für das hyperopische Convergentschielen in den Vordergrund stellt.

Schon in der Norm überwiegt der Krafteffect der Interni den der Externi; sie drehen das Auge im Blickfeld nach innen circa 45 Grad, während die R. externi es nach aussen nur circa 40 Grad bewegen. Doch bestehen hier zahlreiche Abweichungen, besonders von der Refraction und dem Alter abhängig. Es lässt sich nun nachweisen, dass bei einer Reihe von Convergentschielenden ein selbst über dieses normale Maass hinausgehendes Plus von Bewegungskraft den R. interni zukommt. Nach Schneller's Untersuchungen würde es sich nicht mehr um reines Accommodationsschielen handeln, wenn die Blickfeldgrenzen nach innen um mehr als 11 bis 14 Grad die nach aussen überragten. Diese Fälle ganz eigentlich musculären Schielens liefern ihr Contingent besonders zu der Kategorie der constant Schielenden, unter denen wir auch eine grössere Reihe von Emmetropen, selbst Myopen finden. Allerdings wird durch den Umstand allein, dass zur Zeit der Untersuchung Emmetropie oder geringe Myopie besteht, noch nicht ausgeschlossen, dass es sich ursprünglich doch um accommodatives Schielen gehandelt habe. In zahlreichen Fällen geht die früher bestandene Hypermetropie mit zunehmendem Alter in Emmetropie oder Myopie über: der in Folge des Accommodations-Impulses ursprünglich entstandene Strabismus convergens bleibt aber bestehen, weil sich inzwischen eine dauernde Spannungszunahme der Interni entwickelt hat. —

Bisweilen beobachtet man auch bei einseitigen Augenentzündungen mit stärkerer Lichtscheu oder unter Schlussverband, wenn das Auge geöffnet und untersucht wird, eine früher nicht vorhandene convergirende Ablenkung, besonders bei Kindern; aber auch bei Erwachsenen kommt dies gelegentlich vor. Nach Hebung der Krankheit verschwindet das Schielen, das in einzelnen Fällen als Folge eines reflectorischen Reizes und somit als krampfartige Contraction des R. internus, in anderen als Ausdruck eines musculären, unter gewöhnlichen Verhältnissen durch den binocularen Sehact beherrschten Uebergewichts dieses Muskels aufzufassen ist.

Sehr eigenthümlich ist das convergente Schielen, das sich bei Myopen mittleren Grades in dem zweiten Jahrzehnt ihres Lebens oder noch später entwickelt. Da bei ihnen der binoculare Sehact schon voll ausgebildet ist, klagen sie viel über Doppelbilder. Meist tritt das Schielen zuerst periodisch auf, dabei wird längere Zeit hindurch für die

Nähe noch correct eingestellt, während für die Ferne bereits Convergenz besteht. Später kann für die Nähe selbst Divergenz vorhanden sein.

In manchen Familien ist das Schielen erblich; in der Regel besteht in diesen Fällen hyperopische Refraction.

Der Strabismus convergens (weniger der Strabismus divergens) ist häufig von einer schiefen Kopfhaltung begleitet: die dem schielenden Auge angehörige Gesichtshälfte wird meist nach vorn gedreht. Es geschieht dies im Interesse des fixirenden Auges, das jetzt beim Geradeaussehen die seinem musculären Gleichgewicht entsprechende Adductionsstellung einnehmen kann (Hock).

Strabismus divergens.

Die dauernde Nachaussenwendung eines Auges pflegt sich später zu entwickeln als das Einwärtsschielen. Während letzteres vorzugsweise Hyperopen befällt, finden sich unter den nach auswärts Schielenden überwiegend Myopen. Mancherlei Gründe — abgesehen von bereits bestehenden Kraftanomalien der Muskeln — erklären uns diese Neigung zur Divergenz. Selbst bei normaler Augenstellung ist, sowohl was die Grenzen des Blickfeldes als die Ueberwindung von Prismen betrifft, bei Myopen kein derartiges Ueberwiegen der Interni über die Externi zu constatiren, wie bei Hypermetropen und Emmetropen. Die Verlängerung des Auges, die eiförmige Gestalt desselben bei höhergradiger Myopie bewirkt ein Nachvornrücken der Ansatzstellen der Recti: hierbei wird aber besonders stark der Rect. externus gedehnt werden, da er von seinem medialen Ursprung am Foram. opticum sich nach aussen und vorn um den Bulbus herumschlägt, während der Internus in mehr gerader, nach vorn gehender Richtung zu seinem Ansatzpunkt gelangt. Die erhöhte Dehnung des R. externus hat die Folge, dass jeder ihn treffende Innervationsimpuls einen stärkeren Contractionseffect hervorrufen und somit das Auge ausgiebiger temporalwärts bewegen wird. Weiter kommt hinzu, dass der Winkel γ kleiner ist als bei Emmetropen und Hyperopen. Eine bestimmte Convergenzstellung erfordert für den Myopen eine stärkere Einwärtsrichtung der Hornhautmitte, also eine stärkere Anspannung der R. interni als beim Emmetropen. Daraus folgt, dass bei dem gleichzeitigen Hinderniss, welches die vermehrte Spannung des Externus bietet, dieser leichter das Uebergewicht erhält und das Auge nach aussen zieht. Auch ist zu erwägen, dass bei dem innigen Zusammenhang zwischen Accommodation und Convergenz die geringere Accommodationsspannung, deren die Myopen bedürfen, auch die Convergenztendenz verringert. Wenn wir, ohne zu accommodiren, vor uns hinstarren, kommen die Augen leicht in Diver-

genzstellung, wie die auftretenden gekreuzten Doppelbilder erweisen. Dieses Uebergewicht der Externi beim „gedankenlosen" Blick, bei dem Mangel der strengeren Fixation und Accommodation erklärt es, dass Strabismus divergens sich so häufig bei Personen entwickelt, bei denen ein Auge erblindet ist. Selten nur beobachten wir, dass das Auge nach innen abweicht: hier handelt es sich meist um Erblindungen in den ersten Lebensjahren, wo noch hyperopische Refraction die Regel ist.

III. Verlauf.

Es ist zu betonen, dass eine Reihe von Convergentschielenden in späteren Jahren spontan aufhört zu schielen. Da dies fast ausnahmslos nur bei dem mit Hyperopie verknüpften Strabismus eintritt, so unterstützt es die Ansicht, dass es sich hier nicht immer um unabänderliche, gleichsam organische Aenderungen der Muskelkraft handelt. Besonders oft verschwindet der periodische Strabismus convergens. Die Zahl derer, welche angeben, in ihrer Jugend geschielt zu haben, ist gar nicht gering. Es ist interessant zu beobachten, dass gelegentlich einer von diesen, wenn er in die Zeit der Presbyopie kommt und nicht die entsprechende Convexbrille benutzt, wiederum bei starker Accommodationstendenz auf die Künste seiner Jugend verfällt und ein Auge abnorm stark nach innen rollt, jetzt aber meist ohne den gewünschten Effect.

Beim Zustandekommen der spontanen Heilung spielen verschiedene Momente mit. Vor Allem ist, wie bereits A. v. Graefe ausgeführt hat, eine Umwandlung der hypermetropischen Refraction in Emmetropie oder Myopie gar nicht so selten; es fällt damit der eigentliche Zweck des Schielens, die Accommodationserleichterung fort, und es wird, besonders wenn im jüngeren Alter die Umwandlung stattfindet, beim Fehlen secundärer Muskelanomalien eine Geradstellung der Augen erfolgen. Aber auch trotz erhaltener Hyperopie schwindet bisweilen das Schielen. Hier kann einmal die Abnahme der Accommodationsbreite bei zunehmendem Alter eine Rolle spielen, da trotz Convergenz doch keine genügende Accommodation mehr erzielt würde, andererseits nimmt auch die Neigung, die Gegenstände möglichst nahe an die Augen zu bringen, wie sie sich bei jungen Kindern zeigt, mit den Jahren allmählich ab. Für eine grössere Entfernung aber reicht die Accommodationskraft ohne abnorme Convergenzanspannung aus. Auch spielt der Wille zur binocularen Fixation eine erhebliche, bisher nicht genügend betonte Rolle, wenn es sich darum handelt, Schielstellungen zu vermeiden: so werden manche erwachsene Schielende einfach aus kosme-

tischen Gründen veranlasst, die Augen richtig einzustellen. Hierdurch löst sich allmählich das Band, welches sich zwischen Accommodationstendenz und abnormer Convergenz gebildet hat. Auch mögen Veränderungen im Sehnenansatz der Muskeln, wie sie mit der Vergrösserung der Orbita in den Jahren des Wachsens verknüpft sind (Weiss), weiter in Betracht kommen.

IV. Therapie.

Die Behandlung des Strabismus convergens muss in den Fällen, wo sich eine Abhängigkeit von Hyperopie zeigt, zuerst danach streben, auf friedlichem Wege eine normale Einstellung der Augen zu erzielen. Die meiste Aussicht hierzu ist vorhanden, wenn grössere Anomalien in der Muskelkraft, worüber besonders die Blickfeldmessung Auskunft giebt, fehlen, wenn das Sehvermögen beider Augen ein annähernd gleiches ist und ein gewisses, normales, binoculares Sehen (durch Hervorbringung von Doppelbildern erweisbar) noch besteht. Vor Allem muss man hier eine übermässige Accommodation durch Tragen von entsprechenden Convexgläsern unnöthig machen. Für die Nähe sind jedenfalls diejenigen Convexgläser zu tragen, welche die volle, oft latente Hypermetropie ausgleichen. Für die Ferne lasse man Gläser entsprechend der manifesten Hyperopie verwenden. Ausserdem ist auf eine Stärkung des binocularen Sehactes hinzuarbeiten. Falls das Auge erheblich sehschwächer sein sollte und vor Allem, wenn es seine Gebrauchsfähigkeit eingebüsst hat, sind Separatübungen anzustellen. Man lässt zu dem Zweck täglich einige Male etwa $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde lang unter Verdeckung des besseren Auges mit einer Klappe das sehschwache Auge grössere Schrift lesen, entsprechend seiner Sehkraft und nöthigenfalls mit Zuhülfenahme von Convex- oder cylindrischen Gläsern. In einiger Zeit lässt sich hierdurch oft eine erheblich gesteigerte Ausdauer und Verwendbarkeit des Auges erreichen. Alsdann sucht man durch stereoskopische Uebungen, auf die du Bois-Reymond als Heilpotenz für Schielende zuerst aufmerksam gemacht hat, binoculares Sehen zu schaffen und die Gradstellung zu befördern.

Man benutzt am besten das sogenannte amerikanische Stereoskop. Nach Javal's Vorgang kann man sich hierbei farbiger Oblaten bedienen, die, entsprechend der Schielstellung, auf der Seite des convergent schielenden Auges etwas näher an der trennenden Mittellinie des Vorlegeblattes aufgeklebt werden. Ich benutze als Vorlegeblatt eine starke Pappe, welche horizontale Rinnen enthält, in denen sich je zwei übereinanderstehende kleine farbige Scheiben mit einem Drahtstäbchen verschieben und so sehr bequem mehr oder weniger der Mittellinie annähern lassen: auf beiden Hälften liegt in der Mitte eine rothe Scheibe, darüber auf der linken Hälfte eine blaue, auf der rechten Hälfte darunter eine grüne

Scheibe. Wird nun beispielsweise bei Strabismus convergens des linken Auges auf der linken Hälfte des Vorlegeblattes die rothe Scheibe so der senkrechten Trennungslinie genähert, dass ihre Lage der Macula des linken Auges entspricht, während die rothe Scheibe der rechten Hälfte — entsprechend der Macula des rechten Auges — etwas entfernter von der senkrechten Trennungsfläche steht, so muss der Schielende, wenn binoculares Einfachsehen vorhanden ist, beide rothe Scheiben zu einer verschmelzen und darüber eine blaue und darunter eine grüne Scheibe sehen. Das einmal erregte binoculare Einfachsehen kann alsdann dazu benutzt werden, indem man die linken farbigen Scheiben allmählich so weit abzieht, dass sie in gleicher Entfernung von der Mittellinie des Vorlegeblattes stehen, dass eine correcte Augenstellung erzielt wird. Doch haben diese Uebungen meist nur Erfolg nach Ausführung der Schieloperation, um das hierdurch annähernd erreichte musculäre Gleichgewicht im Interesse des Einfachsehens zu einem vollen zu machen. Wohl aber kann man, besonders wenn man die Oblaten der Schielseite hin und her bewegt, in Fällen, wo die Gesichtswahrnehmungen des schielenden Auges ganz unterdrückt waren, meist wenigstens eine Wahrnehmung der Seheindrücke (ein binoculares Doppeltsehen) erzielen. — Auch anderweitige stereoskopische Uebungen haben meist erst nach der Operation den Effect, binoculares Einfachsehen zu schaffen.

Leider sind stereoskopische Uebungen beim Beginn des Schielens gewöhnlich nicht ausführbar, da es sich in der Regel um kleine, nicht genügend verständige Kinder handelt. Dasselbe gilt bezüglich des Tragens von Convexbrillen, die in diesem Lebensalter leicht zerschlagen werden und so den Augen selbst Gefahr bringen können. Man wird sich daher hier mit den Separatübungen des schlechter sehenden Auges begnügen müssen, und, wenn es geht, zu vermeiden suchen, dass ein monolaterales Schielen sich entwickelt. Aber auch durch Aufmerksammachen und Ermahnen sind die Kinder vom Schielen abzuhalten und so ihr „Wille zur binocularen Fixation“ zu stärken. Von der Anwendung medicamentöser Mittel, welche die Accommodation beeinflussen, ist nicht viel zu erwarten. Man hat Atropinlösungen empfohlen, um die Accommodation ganz zu lähmen und damit die Schielstellung als nutzlos zu hintertreiben, oder auch im Gegensatz dazu Eserineinträufelungen, um durch den auftretenden Accommodationskrampf die optische Naheeinstellung ohne übermässige Convergenz zu ermöglichen: einen dauernden Heileffect habe ich von beiden Mitteln nicht gesehen.

Schieloperation (Strabotomie). Wir bekämpfen das Schielen durch die Tenotomie (Rücklagerung) des zu stark wirkenden Muskels oder durch die Vorlagerung des Antagonisten.

Stromeyer (1838), der die Tenotomie an anderen Muskeln so emsig geübt, hat sie auch gegen das Schielen empfohlen. Am Lebenden haben Dieffenbach (1839) und Jules Guérin (1839) sie zuerst ausgeführt. Doch waren im Beginn die Resultate, da zum Theil der Muskel durchschnitten wurde, sehr wenig erfreulich: gleich nach der Operation erhielt man allerdings eine gute Augenstellung, aber nach einiger Zeit zog der Antagonist das Auge nach der anderen Seite. Ich habe selbst noch einen von Dieffenbach operirten Mann gesehen, der früher

nach innen geschielt hatte und jetzt mit beiden Augen nach aussen schielte: d. h. die beiden durchschnittenen R. interni waren fast vollkommen unthätig. — Allmählich kam man dazu, einfach die Sehne von der Sclera zu lösen, wie Böhm (1845) es eingehend beschrieben hat: das Verdienst Albr. v. Graefe's war es, durch genaue Feststellung des Endeffectes und der Indicationen die Operation auf die Höhe gebracht zu haben, auf der sie jetzt steht.

Bei der Rücklagerung wird die Sehne des abnorm stark wirkenden Muskels an ihrer Anheftungsstelle von der Sclera getrennt. Der Antagonist kann nunmehr den Bulbus zu sich hinüberziehen. Diese Lageveränderung in Verbindung mit der eigenen Contraction des tenotomirten Muskels bewirkt, dass die Sehne einige Millimeter hinter dem früheren Ansatzpunkte anheilt. Durch dieses Abrücken vom vorderen Augenpol wird der Einfluss des Muskels auf die Drehung des Auges dauernd verringert. Es kommt noch hinzu, dass die Länge der Anheftungslinie der Sehne an der Sclera in der Regel bei der Anheilung eine kleinere wird.

Da die Sehne, wie wir gesehen, bei ihrem Durchtritt durch die Tenon'sche Kapsel seitliche Einscheidungen abgiebt und auch sonst an ihrer der Sclera zugewandten Seite mehrfache Anheftungsfäden hat, so wird nach einfacher Abtrennung ihrer bogenförmigen Ansatzlinie der Einfluss des Muskels auf die Augendrehung — selbst ehe es zur Wiederanheilung gekommen — doch noch nicht gänzlich aufgehoben. Je mehr man jedoch die Tenon'sche Kapsel seitlich einschneidet und je vollständiger die sonstigen Verbindungen gelöst werden, um so weiter rückwärts wird die neue Anheftung der Sehne erfolgen oder mit anderen Worten, um so grösser ist der Effect der Schieloperation.

Dieselbe wird beim R. externus oder internus so ausgeführt, dass man eine horizontal verlaufende Conjunctivalfalte in der Nähe des Sehnenansatzes emporhebt, indem man eine Pincette, die eine Branche oben, die andere unten, etwa 4 oder 5 mm beim Internus, 6 mm beim Externus vom Hornhautrande entfernt, aufsetzt. Mit einer leicht gebogenen, aber zur Vermeidung von Einstichen in den Bulbus beiderseits stumpf endenden Scheere wird nunmehr die Conjunctivalfalte senkrecht in einer Ausdehnung von 5 bis 6 mm eingeschnitten, dann geht man mit der Scheere unter die Conjunctiva ein und schiebt sie, sich auf dem Bulbus haltend und mit kleinen Schnitten schneidend, in schräger Richtung (nach oben-innen oder unten-innen beim R. internus, oder nach oben-aussen oder unten-aussen beim R. externus) ziemlich weit nach hinten in die Tiefe. Man legt sich hiermit den Zugang zu dem oberen oder unteren Rande des Sehnenansatzes frei. Welchen von beiden man übrigens wählt, hängt von der Bequemlichkeit der Schnittführung ab: sitzt man vor dem liegenden Patienten, so geht man bequemer zu dem oberen Rande, sitzt man hinter seinem Kopfe, zu dem unteren. Als-

dann wird ein Schielhaken (Figur 179) in die freigelegte Bahn so vorgeschoben, dass der Kopf desselben dem Sehnenrand abgewandt ist. Befindet man sich mit dem Schielhaken ein Stück hinter dem Sehnenansatz, so führt man ihn unter die Sehne, indem man ihn mit dem Knopf auf der Sclera zu ihr hindreht. Nunmehr den Schielhaken in die linke Hand nehmend, präsentirt man sich den Sehnenansatz und durchschneidet ihn dicht unter dem Haken. Häufig wird darin gefehlt, dass man sowohl mit der Scheere als mit dem Haken nicht genügend in die Tiefe geht: es befindet sich dann nur etwas Bindegewebe und nicht die straffe und deutlich erkennbare Sehne auf dem Haken. Nach der Trennung geht man mit einem zweiten kleineren Haken noch einmal nach oben und unten, um etwa stehengebliebene Verbindungen hervorzuziehen und zu durchschneiden. Man hüte sich, zu sehr in das Orbital-Fettzellgewebe mit dem Haken zu kommen, da alsdann, besonders bei Kindern, leicht etwas vorfällt. Mit der Dosirung der ausserordentlich selten erforderlichen Strabotomie des R. superior oder inferior muss man besonders vorsichtig sein. Hier genügt gewöhnlich eine partielle Trennung der Sehne, die hingegen für die Seitwärtswender fast ohne jeden Effect bleiben würde. Gleich nach der Operation wird constatirt, ob ein entsprechender Verlust an Beweglichkeit nach der operirten Seite hin nachweisbar ist. Ist dies nicht der Fall, so kann man sicher sein, dass noch directe Verbindungen der Sehne mit der Sclera bestehen und muss demnach noch einmal mit dem Schielhaken danach suchen.



179.
Schielhaken.

Der Effect einer in dieser Weise vorsichtig ausgeführten Operation ohne stärkere Einschnitte in die Seitenverbindungen corrigirt im Durchschnitt bei Strab. convergens 2 bis 3 mm Schielablenkung; bei Strab. divergens weniger. Dies ist natürlich nur eine sehr bedingte Angabe, da der Grad der Correction von sehr vielen Nebenumständen (wie Kraft des Antagonisten, Refraction des Auges u. s. w.), von denen zum Theil noch später die Rede sein soll, abhängig ist.

Um aber ein annäherndes Urtheil über den Erfolg der Operation zu haben, nehme man nach derselben eine Prüfung vor; doch warte man etwas, besonders bei Kindern, bis die Operirten wieder sich erholt haben und willenskräftig geworden sind. Man lässt den Patienten mit etwas gesenkter Visirebene ein Licht in einer Entfernung von circa 3 bis 4 m fixiren, das in der Richtung der Mittellinie des Kopfes sich befindet und beachte die Augenstellung. Bei Strab. convergens ist ein restirendes Einwärtsschielen von 1 bis 2 mm erwünscht. Alsdann ist

hier noch zu prüfen, ob keine Insufficienz des zurückgelagerten Muskels eingetreten ist. Der Patient muss ein ihm in der Mittellinie genähertes Object (z. B. die Fingerspitze) noch bis zu einer Annäherung von etwa 12 cm dauernd fixiren können; weicht das Auge früher nach aussen, so ist ein späteres Ueberschlagen in Divergenz zu befürchten und der Operationseffect sofort zu beschränken. Zu dem Zwecke näht man die periphere Schnittfläche der Conjunctiva, die bei obiger Operationsweise noch zum Theil mit der Sehne und dem Muskel in Verbindung bleibt, an die corneale an. Diese Conjunctivalnaht zieht mit der central gerückten Conjunctiva auch die Sehne wieder näher an die Cornea heran. Die Naht lässt man vier Tage liegen, bis die definitive Anheilung der Sehne erfolgt ist. Will man hingegen den Effect vergrössern, so macht man grössere seitliche Einschnitte in die Tenon'sche Kapsel, oder auch man legt eine Naht unter die Conjunctiva der entgegengesetzten Augenhälfte in grösserer oder geringerer Länge, welche geknüpft die Conjunctiva zusammenschnürt und so das Auge nach der betreffenden Seite wendet.

Die einfache Strabotomie hat eine Reihe von Modificationen in der Ausführung erfahren. So machten Bowman und Critchett die Operation gleichsam subcutan, indem sie den Conjunctivalschnitt nicht senkrecht, sondern horizontal längs des unteren Sehnenrandes anlegen, dann die Scheere einführen (eine Branche vor, eine hinter die Sehne) und den Ansatz durchschneiden. Sie vermeiden damit gleichzeitig ein Zurücksinken der peripheren Conjunctivalpartie. Letzteres ist kosmetisch besonders störend bei der Internusoperation, weil mit der Conjunctiva auch die Carunkel etwas zurücksinkt. Um dasselbe wie bei der englischen Methode zu erzielen, und dennoch einen ausgiebigen Zugang zum Operationsterrain zu haben, empfiehlt es sich nach Liebreich, die Conjunctiva bis zur Carunkel hin vollständig von ihrer Unterlage zu lösen und dann nach erfolgter Tenotomie die Conjunctivalwunde zu vernähen. Es tritt hierbei keine Verkleinerung des Operationseffectes ein, da die Conjunctiva eben nicht mehr mit der gelösten Sehne in Verbindung steht. Nach Arlt macht man den Conjunctivaleinschnitt dicht vor dem Sehnenansatz, lüftet dann die Conjunctiva und fasst die Sehne mit einer Pincette. —

Bei höheren Graden der Schielablenkung (etwa über 3 mm bei Strab. convergens und über 2 mm bei Strab. divergens) wird die einmalige Schieloperation meist nicht genügen. Man kann alsdann die Operation auf beide Augen symmetrisch vertheilen, beispielsweise bei Strab. convergens beide R. interni tenotomiren; hierdurch erfolgt beiderseits eine entsprechende Auswärtsstellung. Diese Methode hat den grossen Vortheil, dass man nicht, wie bei einer ausgiebigen einseitigen Operation, eine derartig starke Schwächung des operirten Muskels bewirkt, dass ein absoluter Beweglichkeitsdefect des Auges die Folge ist. Andererseits ist zu erwägen, dass bei sehr hohen Graden selbst eine dreimalige Tenotomie (zweimal an demselben Auge) nöthig werden kann. Weiter

können sich gegen dies Verfahren Bedenken erheben, wenn das stark schielende Auge sehr sehschwach ist. Hier könnte ein Unglücksfall, der bei der Operation das sehende Auge schädigte, zur vollen Erblindung führen.

Man verlagert deshalb in solchen Fällen, um eine stärkere Wirkung zu erzielen, nach der Strabotomie des contrahirten Muskels den Antagonisten weiter nach vorn. Die hierzu erforderliche Vorlagerung (Guérin, Critchett) wird in folgender Weise ausgeführt. Man incidirt die Conjunctiva über dem schwachen Muskel (bei Strabismus divergens also, nach der Strabotomie des Externus, über dem Internus), als wenn man die Tenotomie ausführen wollte, nimmt nach ausgiebiger Lockerung der Conjunctiva von dem unterliegenden Gewebe die Sehne auf den Schielhaken und legt nun Fäden durch den Muskel in der Nähe seines Uebergangs in das Sehnengewebe. Man kann hier zwei, mit je zwei krummen Nadeln versehene Fäden benutzen. Der eine Faden dient zur Sicherung der oberen Partie des Muskels, der andere zu der der unteren; ersterer wird demnach in der Nähe des oberen, letzterer in der Nähe des unteren Muskelrandes von hinten her durchgeführt. Alsdann wird die Sehne von der Sclera gelöst, wobei man darauf achten muss, die Fäden nicht zu durchschneiden. An diesen zieht man nunmehr den Muskel mit seiner Sehne nach vorn und näht ihn an, indem man die zweite krumme Nadel jedes Fadens wiederum von hinten her durch die gegenüberliegende (d. h. der Cornea anhaftende) Conjunctiva sticht und dann, nach Entfernung auch dieser Nadel, die Enden jedes einzelnen Fadens verknüpft. Je näher an der Cornea man die Conjunctiva — eventuell auch in schräger Richtung nach oben, bezw. nach unten dem verticalen Meridian des Auges zu — durchsticht, um so weiter wird die Sehne vorgezogen werden. Man achte darauf, dass der Muskel gerade nach vorn, nicht etwa nach oben oder unten, verlagert wird. Die Conjunctivalwunde wird über der Sehne ebenfalls vernäht. Wenn es sich um secundäres Divergenzschielen nach einer Strabotomie des Internus mit Zurücksinken der Carunkel behandelt, bewirkt man ein Wiederhervorziehen der letzteren noch besser so, dass man, nachdem die Conjunctiva von dem unterliegenden Gewebe bis zur Carunkel hin gelöst ist, von dem peripheren Wundrande ein mehrere Millimeter breites, halbmondförmiges Stückchen Conjunctiva abschneidet und nun erst die Conjunctivalwunde durch Nähte vereinigt.

Ein Vornähen des geschwächten Muskels ohne vorangegangene Lösung der Sehne des Antagonisten hat nur geringen Effect. Wohl aber habe ich einen, die einfache Schieloperation übertreffenden Effect erzielt, indem ich nach Tenotomie des Antagonisten den geschwächten

Muskel in der oben angegebenen Weise vornähte, ohne jedoch seine Sehne von ihrem Ansatz gelöst zu haben. Wecker hat in ähnlicher Weise die Tenon'sche Kapsel vorgenäht, indem er oberhalb und unterhalb der Sehne sie incidirte und hier die Nadeln einführte.

Die Fäden entfernt man nach drei bis vier Tagen oder lässt sie auch durchreissen bezw. einheilen.

Während die Vornähung bei Divergentschielen, wo ein excessiver Operationseffect sich im Laufe der Zeit zu verringern pflegt, häufiger indicirt ist, sollte man beim Convergentschielen, bei welchem ziemlich regelmässig, oft noch nach Jahren, eine Steigerung der Operationswirkung zu Stande kommt, doch recht vorsichtig sein, da durch das Herüberziehen des Bulbus nach der Seite des vorgenähten Muskels der tenotomirte leicht zu weit hinten anheilt. Muss man hier vornähen, so ist es besser, die Tenotomie und Vornähung in zwei Tempi zu machen: d. h. letztere erst nach sechs bis acht Tagen auszuführen, wenn die Sehne des tenotomirten Muskels bereits angeheilt ist.

Landolt empfiehlt als Regel die Vornähung des Antagonisten und des gleichnamigen Muskels des anderen Auges ohne Tenotomie des contrahirten Muskels. Ich kann nur betonen, dass mir die oben entwickelten Indicationen bei den von mir gemachten Operationen im Allgemeinen recht gute Resultate gegeben haben.

Die Nachbehandlung besteht im Anlegen eines Schlussverbandes mit gleichzeitiger Verklebung des anderen Auges.

In den ersten drei bis vier Tagen lässt man den Operirten im Zimmer bleiben. Wenn auch im Grossen und Ganzen sowohl die Vornähung als besonders die einfache Strabotomie als durchaus ungefährliche Operationen zu betrachten sind, so werden doch Fälle mitgetheilt, in denen durch Vereiterungen im Orbitalfettgewebe, durch Scleralaffection und eitrige Chorioiditis die Augen zu Grunde gegangen sind. Vor Allem dürften hier wohl directe Wundinfectionen in Frage kommen, gelegentlich aber auch Schädlichkeiten in der Heilungsperiode.

Schon aus diesem Grunde empfiehlt sich die gleichzeitige Operation beider Augen, wenn ein höherer Schielgrad eine doppelseitige Tenotomie indiciren sollte, nicht. Aber auch die Rücksicht auf die Augenstellung lässt es vorsichtiger erscheinen, erst den Effect der einen Operation in seiner Weitergestaltung abzuwarten. Wir beobachten nämlich noch lange dauernde Nachwirkungen, welche bei Strab. convergens in der Regel den Effect vermehren, bei Strab. divergens ihn vermindern.

Die unmittelbar nach der Operation bestehende Ablenkung wird

mit der Wiederanheilung der Sehne an die Sclera, vom dritten Tage an, etwas vermindert, indem der Muskel jetzt wieder einen festen Ansatzpunkt für seine Wirkung erlangt hat. Aber in einer dritten Periode, die etwa nach sechs bis acht Wochen beginnt, vergrössert sich in der Regel durch Erschlaffung der Anheftungsstelle bei Strab. convergens der Operationseffect von Neuem.

Für den Enderfolg ist maassgebend, ob ein binocularer Sehact, wenn auch nur in mässigem Grade, besteht oder nicht. Ist derselbe aufgehoben, so ist die Tendenz zur Divergenz eine erheblich stärkere. Ja selbst ein ziemlicher Grad von Strab. convergens, den man nach der Operation noch bestehen lässt, kann allmählich in Strab. divergens übergehen. Weniger häufig, auch in Fällen, wo der binoculare Sehact fehlt, wird dies eintreten, wenn Hyperopie des sehenden Auges vorhanden ist, da die Accommodationsanstrengung die Convergenz unterstützt. Doch ist selbst hier zu beachten, dass sich bei jugendlichen Individuen die Hyperopie mit der Zeit in Myopie umgestaltet und damit die Accommodationstendenz, welche dem Ueberschlagen in Divergenz entgegensteht, verloren geht. Die Fälle, wo nach Jahren — selbst bei früherem binocularen Sehact — Divergenz eintritt, wenngleich in der latenten Form, sind recht häufig, trotzdem sie von den besten Operateuren operirt sind. Es spielen hier zu viele Momente mit, als dass man mit absoluter Sicherheit den Endeffect bestimmen könnte. Bei jugendlichen Individuen muss man auf jeden Fall noch einen Strab. convergens von 1 bis 2 mm, wenigstens bei Ausschluss eines Auges unter der deckenden Hand, nach der Operation stehen lassen. Sollte selbst, wie es ausnahmsweise geschieht, besonders wenn von Hyperopen nicht die corrigirenden Brillen getragen werden, die Convergenz im Laufe der Zeit sich mehren, so ist damit weniger verloren, da sich die Operation alsdann wiederholen lässt. — Bei Strab. divergens hingegen geht selbst eine, gleich nach der Operation vorhandene Uebercorrection meist zurück.

Falsche Dosirungen des Effectes, die in der, der Operation nächstfolgenden Zeit hervortreten, kann man in etwas ausgleichen, indem man Schielbrillen tragen lässt. Wird die eine Hälfte des Brillenglases verklebt, die andere, welche sich dem Antagonisten des operirten Muskels gegenüber befindet, offen gelassen, so muss das Auge sich beim Sehen dahin wenden. Es wird hierdurch der noch nicht feste Ansatz des tenotomirten Muskels gelockert und der Effect der Operation gesteigert. Eine Verringerung des Effectes ist mittels der umgekehrt angelegten Schielbrille kaum zu erhoffen. Zwingt man nämlich das Auge, nach der Seite des tenotomirten Muskels zu blicken, so wird die Contraction desselben zerrend auf den noch nicht festen Sehnen-

ansatz wirken und so der durch Dehnung des Antagonisten erstrebte Effect nicht erreicht werden.

Handelt es sich um hyperopischen Strab. convergens, so kann man, wenn der Sehnenansatz nach einiger Zeit genügend gesichert ist, durch Arbeiten in der Nähe ohne Brille dem Muskel eine höhere accommodative Spannung geben. Andererseits wird man bei zu geringem Effect oder bei guter Stellung die corrigirende Convexbrille für die Nahearbeit, eventuell selbst für die Fernarbeit tragen lassen. Auch kann eine vollkommene Accommodationslähmung durch Atropin die Convergenztendenz zeitweise verringern.

Ist ein binoculares Sehen vorhanden — und es tritt öfters selbst in den Fällen zu Tage, wo vor der Operation absolut keine Doppelbilder erzielt werden konnten —, so sind methodisch stereoskopische Uebungen zu machen, um eine correcte Stellung zu erzielen und dauernd zu erhalten. Man beginnt mit meiner oben beschriebenen Vorlage mit farbigen Scheiben, geht dann über zu Bildervorlagen, wie sie beispielsweise von Burchardt, Kroll-Perlia und Dahlfeld herausgegeben sind (vergl. S. 158) und endet mit den das körperliche Sehen anregenden gewöhnlichen stereoskopischen beziehentlich geometrisch-stereoskopischen Bildern. Sehr selten werden die geometrischen Figuren von Schieloperirten sofort körperlich gesehen, jedoch gelingt es nach einiger Uebung doch in einer Reihe von Fällen. Noch schwieriger ist das Bestehen des Hering'schen Fallversuches: aber auch dies wird von Einigen erreicht. — Immer ist der „Wille zur binocularen Fixation" dauernd anzuregen.

Der Enderfolg der Schieloperationen wird je nach der bestehenden Sehschärfe der Augen und der erreichten Normalisirung der Stellung verschieden ausfallen. In einer beträchtlichen Zahl der operirten Fälle — so bei hochgradiger Schwachsichtigkeit eines Auges — ist der factische Effect nur ein kosmetischer. In anderen wird eine Steigerung der Gebrauchs- und Sehfähigkeit des früher abgelenkten Auges und ein mehr oder weniger vollkommener binocularer Sehact erzielt. Da aber hierzu Nachübungen erforderlich sind, so thut man gut, die Kinder erst eine gewisse geistige Reife erreichen zu lassen und nicht vor Ablauf des 5. oder 6. Lebensjahres zu operiren, wenn es sich nicht etwa um ganz hochgradige Schielformen handelt, bei denen man sich vorläufig mit einer annähernden Richtigstellung begnügen kann.

3. Insufficienz der M. recti interni. Asthenopie.

Bei nicht wenigen Menschen geht die sonst vorhandene genaue Augeneinstellung beim Blick auf einen nahen Gegenstand verloren,

sobald man ein Auge mit der Hand verdeckt: ausgeschlossen vom binocularen Sehact weicht dasselbe, und zwar meist nach aussen ab. Diese Stellung entspricht seiner musculären Ruhelage. Die genaue Einstellung beider Augen auf ein nahes Object findet, abgesehen von dem Einflusse des binocularen Sehens und dem Widerwillen gegen Doppelbilder (Fusionstendenz), eine weitere Stütze in der zum Nahesehen erforderlichen Accommodationsspannung, die, wie wir wissen, stets mit Anspannung des R. internus verknüpft ist, und im Convergenzgefühle. Da Kurzsichtige weniger Accommodation bedürfen als Emmetropen und Hypermetropen, so erklärt sich, dass vorzugsweise bei ihnen eine stärkere Verminderung des Convergenzvermögens hervortritt. Es gesellen sich bei höheren Graden der Kurzsichtigkeit hierzu noch die Momente, die wir oben als den manifesten Strab. divergens begünstigend kennen gelernt haben. Aber auch bei Emmetropen und Hyperopen können wir diese Insufficienz (dynamische Divergenz, latenter Strab. divergens) beobachten, wenngleich sie weniger häufig belästigt, da beim Lesen und Schreiben keine so starke Annäherung der Objecte erforderlich ist.

Die Beschwerden sind die der Asthenopie: der Mangel an Ausdauer beim Arbeiten in der Nähe. Wenn die Patienten beispielsweise lesen, so werden nach einiger Zeit die Buchstaben undeutlich, selbst doppelt gesehen. Dazu gesellt sich Druck in und über den Augen: auch Kopfschmerzen und Uebelkeit kann die Folge sein. Es beruht dies Alles auf der unzulänglichen und bald ermüdenden Thätigkeit der R. interni. Im Beginn des Lesens werden noch beide Augen genau eingestellt; nach einiger Zeit erschlafft die Kraft der R. interni: die Augen kommen in Divergenzstellung. Damit treten gekreuzte Doppelbilder auf, die dem Kranken meist nicht voll zum Bewusstsein kommen, sondern nur die Erscheinung eines „Flimmerns“ oder „Verschwommenseins“ machen. Sucht er nun durch neuen Convergenzimpuls wieder richtig einzustellen, so wird die Schrift wieder deutlicher. Dass sich wiederholende An- und Abspannen des Muskels, die Doppelbilder und die vermehrte Innervation zu ihrer momentanen Ueberwindung geben dann Anlass zu den complicirenden nervösen Erscheinungen.

Insufficienz der R. externi kann ebenfalls Asthenopie veranlassen (Noyes).

Diese Form der Asthenopie wird vorzugsweise als musculäre bezeichnet, im Gegensatz zu der oben geschilderten accommodativen, retinalen und nervösen. Jedoch beruht das Hervortreten der Beschwerden, wenn auch die Muskelschwäche die directe Ursache bildet, häufig auf Innervationsstörungen aus centralen Ursachen (neuralgische Insufficienz) oder liegt in allgemeinen Schwächezuständen, die eine entsprechende

stärkere Innervation des schwachen Muskels verhindern. Dafür spricht das zeitweilige Auftreten der Asthenopie und ihr Verschwinden, ohne dass eine directe Stärkung des Muskels eingetreten wäre.

Nicht selten werden hohe Grade von Insufficienz überwunden, bei denen jegliche asthenopische Beschwerden fehlen. Für die stärkere Innervation des insufficienten Muskels können von Bedeutung sein die Stärke des Fusionsvermögens für Doppelbilder und andere Momente (Accommodation; Nahebewusstsein [Hansen Grut] oder Convergenzgefühl [A. Graefe]; Wille zur binocularen Fixation); selbst bei insufficienter Muskelkraft kann so eine dauernd correcte Einstellung bewirkt werden. Auch sei hervorgehoben, dass die mechanische Hebung oder Ausgleichung der Muskel-Insufficienz durchaus nicht immer die betreffenden Beschwerden verschwinden lässt. Es besteht hier oft eine Complication mit sonstiger Nervosität.

Diagnose. Die Schwierigkeit der Diagnose liegt darin, dass zeitweise durch einen erhöhten Nervenimpuls die Muskeln ihre volle Kraft zeigen können. So kann das P. proximum der Convergenz bei Annäherung eines zu fixirenden Objectes vollkommen normal sein, ebenso die Breite des durch Prismen (Basis nach aussen vor ein Auge gelegt) zu bestimmenden Adductionsvermögens. Sollten hier erheblichere Abnormitäten hervortreten, so würde die Diagnose sich daraus ergeben; doch wird bei den auch physiologisch nicht geringen Schwankungen durch diese Bestimmungen in der Regel keine ausreichende Sicherheit gewonnen.

Albrecht von Graefe hat deshalb einen anderen Versuch (Gleichgewichtsversuch) angegeben, indem er dem Patienten durch Vorhalten eines Prismas mit der Basis nach unten oder oben vor ein Auge künstlich übereinanderstehende Doppelbilder schafft. Jetzt kann das Interesse des Einfachsehens, welches ihn für gewöhnlich veranlasst, die R. interni abnorm zu innerviren und die Augen richtig zu stellen, nicht mehr in Frage kommen; die Augen werden sich so stellen, wie sie nach ihrem musculären Gleichgewicht stehen sollten. Die Prüfung wird für eine Entfernung gemacht, die der individuellen Leseweite, welche nach dem Grade der Myopie und der etwaigen Correction durch Concavgläser verschieden ist, entspricht. Als Object wird ein schwarzer Punkt (Tintenfleck) auf weissem Papier benutzt. Dies ist besser als eine senkrechte Linie mit einem darauf befindlichen Punkte, weil bisweilen schon durch die Linie, welche in eine einzige verschmolzen werden kann, die Fusionstendenz angeregt wird.

Hält man beispielsweise vor das linke Auge ein Prisma von 18 Grad Basis nach unten, und blickt auf den schwarzen Punkt des in 25 cm Entfernung vorgelegten Papiers, so wird der, welcher eine normale

Augenstellung hat, jetzt zwei Punkte sehen, die gerade übereinander stehen: der höhere gehört dem linken Auge an. Tritt aber eine Divergenz der Augen ein, so rückt das höhere Bild des linken Auges nach rechts herüber. Dieses Auftreten von gekreuzten Doppelbildern erweist die Insufficienz der M. recti interni. Den Grad der Insufficienz können wir durch dasjenige Prisma ausdrücken, welches mit der Basis nach innen vor das andere Auge gelegt, die Doppelbilder wieder gerade übereinander bringt. In der Regel sind beide R. interni insufficient; sollte der eine es im höheren Grade sein, so lässt sich dies meist erkennen. Bei Bestimmung des P. prox. der Convergenz durch Annäherung eines Objectes in der Mittellinie wird nämlich das betreffende Auge mit ziemlicher Regelmässigkeit zuerst abweichen; jedoch können hier auch Differenzen in der Refraction und Sehschärfe eine beeinflussende Rolle spielen.

Besser noch ist es für die Nähe (etwa 30 cm) das Adductionsvermögen zu bestimmen, indem man zuerst das stärkste Prisma feststellt, welches beim Vorlegen vor das linke Auge (Basis nach aussen) im Interesse des Einfachsehens des fixirten Objectes überwunden werden kann; alsdann — aber nach längerer Ruhepause — macht man dieselbe Bestimmung, indem man das Prisma vor das rechte Auge legt. Zeigen sich hier Differenzen in der Stärke der Prismen, so hat das Auge, welches nur das schwächere Prisma durch Schielen überwindet, auch den schwächeren R. internus. —

Der Gleichgewichtsversuch ist zur Diagnose der Insufficienz nicht in allen Fällen ausreichend, da er durch Accommodationsänderungen, durch den Willen zur genauen binocularen Fixation und selbst durch eintretende Fusionstendenz bisweilen schwankende Resultate giebt: öfters gehen dem Kranken die Punkte hin und her, stehen nicht fest u. s. w.

Alfred Graefe bestimmt den Grad der Insufficienz daher etwas anders. Er legt vor ein Auge ein Prisma mit der Basis nach innen, lässt einen Punkt in der entsprechenden Entfernung fixiren, bedeckt alternirend die Augen und sieht nun, ob nach dem Wiederfreilassen das betreffende Auge eine Einstellungsbewegung macht. Rückt es nasalwärts, so ist seine Ruhestellung eine mehr divergente, das Prisma wäre also zu schwach, und umgekehrt. Das Prisma, unter dem die Augen, bedeckt und wieder frei gelassen, still stehen bleiben, entspricht der Ruhestellung.

Es liegt in der Natur der Insufficienz, dass der Grad derselben für den Blick auf nähere oder fernere Gegenstände ein verschiedener ist, für weitere Entfernungen geringer. Es ist daher nicht selten, dass der Gleichgewichtsversuch, beim Blick auf ein in 4 oder 5 m befindliches Licht angestellt, vollständig normale Stellung, ja selbst einen latenten Strabismus convergens ergiebt.

Therapie. Die Behandlung kann eine friedliche oder operative sein. Bei geringerem Grade ist die erstere immer vorzuziehen und selbst bei höheren Graden wird man öfters durch theilweise Correction die Beschwerden heben. Man kann versuchen, durch sehr vorsichtig angestellte stereoskopische Uebungen, wie wir sie oben zur Behandlung des Strab. convergens empfohlen haben, eine Stärkung der R. interni zu erzielen; doch muss man eine genaue Controle führen, da eine Ueberanstrengung derselben, wie sie hierbei leicht vorkommt, gerade im Gegentheil eine Verringerung ihrer Kraft zur Folge haben könnte. Mehr verspricht der constante Strom, Aufgeben jeder Nahebeschäftigung während 4—6 Wochen, allgemeine Kräftigung. Symptomatischen Nutzen bringen Prismen, deren Gebrauch für eine Insufficienz bis zu sechs oder acht Grad immer angezeigt ist. Hat man in der Leseweite des Patienten (beispielsweise 30 cm) eine Insufficienz von sechs Grad gefunden, so verordnet man ihm zur Arbeit eine Brille, die beiderseits Prismen von drei Grad hat. Prismen über fünf Grad sind wegen ihrer Schwere und Farbenzerstreuung nicht gut verwendbar. Bei den höhergradigen Insufficienzen wird man sich demnach, wenn man nicht operiren will, mit partieller Correction oder einer Combination mit sphärischen Gläsern helfen. Durch letztere legt man die Leseweite etwas hinaus und wird dann in der Regel für die grössere Entfernung auch eine geringere Insufficienz constatiren. Hätte ein Myop 6·0, wenn er in seinem Fernpunkt (16.6 cm) die Schrift liest, ohne Correction eine Insufficienz von 10 Grad, so könnte man durch ein Concavglas 3·0 den Fernpunkt auf 33·3 cm hinrausrücken. Liest er nunmehr in 22 cm, so ergiebt die Messung in der Regel eine geringere Insufficienz (beispielsweise sechs Grad). Es hat hier nicht nur die Entfernung einen Einfluss auf Verringerung der Insufficienz geübt, sondern auch die unter der Brille erfolgende stärkere Accommodationsspannung. Die Brille würde dann so verschrieben werden: Brille, beiderseits: —3·0, Prisma 3 Grad, Basis nach innen. Bisweilen genügt schon einfach das Tragen sphärischer Gläser, um durch Hinausrücken der Leseweite die Insufficienz zum Verschwinden zu bringen oder auf ein minimales Maass zurückzuführen. In letzterem Falle kann man auch die prismatische Wirkung, welche stärkere Concavgläser ausüben, sobald man durch ihre Randpartien sieht, benutzen. Man lässt das Brillengestell so einrichten, dass der Kranke beiderseits durch die innere Hälfte des Concavglases sehen muss.

Die operative Behandlung der Insufficienz der R. interni besteht in der Tenotomie des R. externus: wenn sich der R. externus eines Auges stärker als der des anderen erweist, so wird am ersteren Auge operirt.

Wie wir gesehen, ist die Insufficienz für verschiedene Entfernungen verschieden. Hauptsächlich kommt die Leseweite und die grössere Sehweite in 4 bis 5 m in Betracht. Nehmen wir an, in ersterer Entfernung bestehe eine Insufficienz von 16 Grad: in letzterer gar keine Insufficienz. Würden wir jetzt durch eine Tenotomie des R. externus, die gleich 16 Grad Prismawirkung wäre, für die Leseweite Gleichgewichtsstellung erreichen, so entstände für die Entfernung ein Strabismus convergens von 16 Grad; Patient würde für die Ferne gleichnamige Doppelbilder erhalten. Allerdings könnte er bei gutem Fusionsvermögen dieselben vielleicht zusammenbringen und so den entstehenden Strabismus convergens latent machen. Ob er dazu im Stande ist, müssen wir vor der Operation in der Weise zu erfahren suchen, dass wir ihm durch Prismenvorlegung, Basis nach innen, für die Ferne gleichnamige Doppelbilder schaffen und sehen, ob er sie dauernd durch dynamische Divergenz vereinen kann. Ist beispielsweise unser Patient im Stande, wenn er auf ein 5 m entfernt stehendes Licht blickt, während ihm vor ein Auge ein Prisma von 16 Grad mit der Basis nach innen gelegt wird, die entstehenden Doppelbilder zu verschmelzen, so wird er es voraussichtlich auch nach der Tenotomie können: wir können also eine Operation = 16 Grad ausführen. Ueberwindet er hingegen nur Prisma von 10 Grad, so wird die Tenotomie nur daraufhin zu dosiren sein; es bliebe dann für die Nähe noch eine Insufficienz von 6 Grad, welche durch Prismen eventuell corrigirt werden könnte. Bei erheblich höheren Differenzen ist die Operation überhaupt nicht mit Nutzen auszuführen. Um gleich nach der Tenotomie des Externus — die, vorsichtig ausgeführt, v. Graefe für diese Fälle durchschnittlich in ihrem definitiven Erfolg gleich der Ablenkung eines Prismas von 16 Grad setzt — die definitive Stellung ungefähr abschätzen zu können, ist ein Licht in mindestens 3 m Entfernung, welches etwa 15 Grad nach der Seite des nicht operirten Auges hin gehalten wird, bei etwas gesenkter Ebene zu fixiren. In dieser sogenannten Electionsstellung soll Gleichgewicht oder höchstens eine Convergenz von Prisma 3 Grad bestehen; Abweichungen nach einer oder der anderen Richtung sind zu corrigiren. Alfred Graefe, der genaue Nachuntersuchungen angestellt hat, betont, dass durchaus nicht immer die Electionsstellung der definitiven Wirkung entspreche. Er legt mehr Gewicht auf die nach der Tenotomie des Externus auftretende Abductionsbeschränkung, die nie über 5 mm steigen darf, und weiter auf die Lage des Indifferenzpunktes (d. h. desjenigen Punktes, auf welchen unter der deckenden Hand binoculare Einstellung erfolgt), der in der Regel nicht näher als 30 cm liegen soll. Tritt auch bei noch grösserer Annäherung keine Divergenz ein, so ist eine den Effect verringernde Sutur einzulegen, um spätere Convergenz zu vermeiden. Wenn man nach diesen Regeln die Operation dosirt, so hat in den ersten Tagen das Auftreten gleichnamiger Doppelbilder, welche das Vorhandensein einer Convergenzstellung beweisen, in der Regel nicht viel zu bedeuten, da sie mit der zunehmenden Wirkung des Externus wieder zu verschwinden pflegen.

Im Grossen und Ganzen wird man gut thun, die Operation auf die Fälle zu beschränken, bei denen auch für die Ferne eine Insufficienz der Interni nachweisbar ist. Der definitive Erfolg der Operation tritt in der Regel nach sechs bis acht Wochen hervor.

4. Augenmuskelkrämpfe. Nystagmus.

Die Augenmuskelkrämpfe sind meist tonischer Natur. So beobachtet man starre, associirte Blickrichtungen bei verschiedenen Hirn- und Meningealaffectionen; ebenso bei epileptischen und anderen Krämpfen. Bei einer Hysterischen stellte sich, wie ich gesehen, zeitweise eine krampfhafte Convergenz der Sehachsen, die gegen den Nasenrücken hin gerichtet waren, ein und bewirkte das Auftreten von Doppelbildern und Schwindelerscheinungen. Auch dauernden Strabismus convergens als Ausdruck eines Krampfes des R. medialis habe ich bei Hysterischen gesehen. In dasselbe Gebiet gehört das Convergentschielen, welches wir gelegentlich bei entzündlichen Augenkrankheiten in dem Moment eintreten sehen, wo wir die Augen öffnen und untersuchen.

Bekannt ist die Déviation conjuguée, die Prévost beschrieben hat. Hier besteht eine starke Seitwärtsstellung der Augen, welche bei Grosshirnverletzung der betreffenden Seite zugekehrt — die Kranken sehen den Krankheitsherd an —, bei Erkrankungen im Pons, Pedunculus cerebelli und Cerebellum nach der entgegengesetzten Seite gerichtet ist. Doch sind neben bestätigenden Erfahrungen auch entgegengesetzte (Bernhardt) veröffentlicht worden. Nach den oben erwähnten Untersuchungen würden Reizungen der Rinde, speciell des Hinterhautlappens ebenfalls associirte Abweichung der Augen nach der entgegengesetzten Seite bewirken.

Als Nystagmus*) (*νυστάζω*, ich nicke), Augenzittern, bezeichnen wir eigenthümliche, hin und her zitternde Bewegungen, die fast stets beide Augen treffen und associirt verlaufen. Wenn die Bewegungen wie meist von rechts nach links, oder von oben nach unten gerichtet sind — eine diagonale Richtung ist selten —, so nennt man den Nystagmus oscillatorisch; drehen sich die Augen um die Blicklinie in Radbewegungen, rotatorisch. Bisweilen werden auch gleichzeitig schwankende Kopfbewegungen gemacht.

Der Nystagmus findet sich in der Regel bei Individuen, die von Kindheit an sehschwach sind: gewöhnlich ist der Grad der Sehschwäche bei beiden Augen verschieden.

Aber auch bei Individuen mit voller Sehschärfe wird bisweilen ein von Kindheit an bestehendes Augenzittern beobachtet. Eine Störung in der Localisation der gesehenen Gegenstände ist trotz der beständigen Bewegungen bei diesen Formen nicht vorhanden. Nicht selten besteht

---

*) Deutsche Heerordnung. § 9 Abs. 2. Landsturm 1. Aufgebots: Anlage 4. 9 a. Augenzittern (Nystagmus). — Vergl. S. 69.

neben dem Nystagmus noch Strabismus convergens. Häufig findet sich eine bestimmte Blickstellung, bei der eine annähernde Ruhe der Augen eintritt (Böhm), während bei anderen Blickrichtungen ein sehr vermehrtes Zucken sich einstellt. Auch Gemüthserregungen häufen die Zuckungen. Im Alter verringern sie sich bisweilen. Vorübergehende Zuckungen beobachtet man gelegentlich an disponirten Augen während entzündlicher Augenaffectionen, wenn sie plötzlich dem Licht ausgesetzt werden, nach Trigeminusreizungen (Raehlmann) u. s. f.

Die Ursachen des Nystagmus sind vorzugsweise in Innervationsanomalien zu suchen.

Für die meisten Fälle erscheint die Wilbrand'sche Erklärung mit einer gewissen Modification zutreffend. Dieselbe geht von der Anschauung aus, dass die Centren im Mittel- und Kleinhirn, welche auf Reflexe hin die Augenbewegungen beeinflussen, hier überwiegend zur Geltung kommen gegenüber den Seh- und willkürlich wirkenden Bewegungscentren des Grosshirns. Werden letztere in den Hintergrund gedrängt, etwa durch primäre oder auch reflectorische Reize, die von den Hautnerven, den sensiblen Fasern des Trigeminus und den halbcirkelförmigen Canälen des Ohres den Klein- und Mittelhirncentren zugehen, so entstehen nystagmische Bewegungen. Dass überwiegende Reize der reflectorischen Centren Augenzuckungen hervorbringen können, dafür sprechen physiologische und pathologische Befunde. Um aber den typischen Nystagmus zu Stande zu bringen, bedarf es ausserdem noch der Sehintentionen. Denn abgesehen davon, dass eigentlicher Nystagmus bei denen, die im späteren Alter erblindet sind, fast stets fehlt, so finden wir ihn auch meist nicht bei Individuen, die in früher Jugend vollständig erblindet sind. Dieselben zeigen zwar häufig unwillkürliche associirte Augenbewegungen, die bald nach rechts, bald nach links oder unten gerichtet sind; aber das eigentliche nystagmische Zucken, wo bei den excessivsten Bewegungen ein Spiel von Nachlassen und Wiederanspannen eintritt, fehlt ihnen. Meiner Meinung nach ist bei diesem nystagmischen Zucken gerade dem Mitwirken des Sehactes eine hervorragende Rolle zuzuschreiben. Durch ihn werden die unwillkürlichen Bewegungen, welche durch das Ueberwiegen der reflectorischen Centren bedingt sind, im Interesse des Sehens durch willkürliche Fixationsbestrebungen unterbrochen. Dies giebt zu einem zwischen beiden Einflüssen ausbrechenden Kampf Anlass.

Unwillkürliche nystagmusähnliche Augenzuckungen entwickeln sich gelegentlich bei Centralleiden: so besonders bei disseminirter Sclerose (Charcot, Uhthoff), bei Pachymeningitis (Fürstner), Sinusthrombose (Nothnagel), hereditärer Ataxie (Friedreich), Cerebrospinal-Meningitis (Leyden) und Hirntumoren. Hier werden die Kranken auch durch die Scheinbewegungen der angesehenen Objecte belästigt.

Eigenartig ist der Nystagmus, der bei Bergleuten der Kohlenwerke zur Beobachtung kommt (P. Schröter). Während bei hellem Licht die Augen ihre normale Stellung innehaben, befällt sie im Dämmerlicht Nystagmus. Die Bewegungen treten am stärksten beim Blick nach aufwärts hervor, beruhigen sich bei gesenkter Visirlinie. Dabei

entstehen durch die Scheinbewegungen, welche die Gegenstände annehmen, erhebliche Sehstörungen. Oft ist Hemeralopie damit verknüpft. Die Ursache der Erkrankung liegt in einer durch Ueberanstrengung entstandenen Parese des Muskeltonus der Heber des Auges (Nieden), die durch die gebückte Körperhaltung und die gewöhnlich nach oben gerichtete Augenstellung, welche die Leute bei der Arbeit anwenden müssen, veranlasst ist; hierzu kommt die beständige Anstrengung, im Dunkeln zu erkennen.

Die Behandlung des Nystagmus der Schwachsichtigen ist im Ganzen aussichtslos. Besteht gleichzeitig Strabismus convergens, so kann man durch Operation desselben meist auch eine gewisse Verringerung der nystagmischen Zuckungen erzielen. Blaue Brillen sind öfters den Kranken angenehm.

Die Bergleute, welche von Nystagmus befallen werden, müssen ihre Beschäftigung aufgeben. Neben roborirendem Verfahren sind Strychnininjectionen und der constante Strom mit Nutzen angewandt worden. Gehen die Patienten nach erlangter Heilung wieder in die Bergwerke, so treten in der Regel Recidive auf.

Zweites Kapitel.

Erkrankungen der Orbita.

Anatomie.

Die Orbita entspricht ihrer Form nach einer abgestumpften vierseitigen Pyramide, deren basale Oeffnung der Gesichtsfläche zugekehrt ist. Sie hat von letzterer bis zum Canalis opticus gemessen eine Tiefe von durchschnittlich 40 mm beim Weibe, 43 mm beim Manne (Merkel). Die Achsen beider Augenhöhlen convergiren in der Weise nach hinten, dass sie sich bis zur Sella turcica verlängert, unter einem spitzen Winkel schneiden würden. Dieser Winkel ist bei den einzelnen Individuen verschieden gross. Die obere Wand (das Dach) der Orbita wird

von der Pars orbitalis des Stirnbeines, die vorn in den Margo supraorbitalis endet, weiter hinten vom kleinen Flügel des Keilbeins gebildet; die untere Wand vom Planum orbitale des Oberkiefers und Proc. maxillaris des Jochbeines (Margo infraorbitalis), — nach hinten vom Processus orbitalis des Gaumenbeines; die innere dünnste Wand von der Lam. papyracea des Siebbeines, vom Thränenbein und ganz vorn vom Proc. frontalis des Oberkieferbeines (letzterer bildet mit dem Proc. nasalis des Stirnbeines den inneren Augenhöhlenrand), nach hinten vom vorderen Theil der Seitenfläche des Keilbeinkörpers; die äussere Wand hinten von dem grossen Keilbeinflügel und vorn von dem Jochbein (Margo temporalis). Durch das an der Spitze des Pyramidenraumes befindliche Foramen opticum treten der N. opticus, unter- und lateralwärts von ihm die Art. ophthalmica ein. Weiter nach aussen liegt die Fissura orbital. super., welche dem N. oculomotorius, trochlearis, abducens, R. ophthalm. n. trigemini sowie der Ven. ophthalmica superior und inferior Durchtritt gewährt, und dieser gegenüber nach unten mit lateraler Richtung die Fiss. orbitalis inferior, welche theilweise von Fasermassen ausgefüllt für den Subcutaneus malae und Infraorbitalis nebst den Vasa infraorbitalia und einem Ast der Ven. ophthalmica facialis bestimmt ist. Sie verbindet die Orbita mit der Fossa pterygopalatina und der unteren Schläfengrube, was für die Fortsetzung von Geschwülsten von Bedeutung ist.

Die vordere Grenze der Augenhöhle bildet der starke Orbitalrand. Um die von ihm eingeschlossene Orbitalöffnung in ihrer Grösse zu bestimmen, pflegt man den Höhendurchmesser und den Breitendurchmesser festzustellen und daraus den Orbital-Index (Höhendurchmesser $\times$ 100, dividirt durch den Breitendurchmesser) zu berechnen. Besonders in den letzten Jahren sind zahlreiche derartige Messungen ausgeführt worden, um etwaige Beziehungen der Augenhöhlen-Oeffnung zu der Entstehung des myopischen Augenbaues klarzulegen (vergl. S. 77).

Am oberen Rande der Orbita, etwa dem Ende des inneren Drittels entsprechend, findet sich die Incisura supraorbitalis, durch welche der gleichnamige Nerv und die Arterie zur Stirn ziehen. Häufig liegt etwas medianwärts davon für den frontalen Nerv und die Arter. und Ven. frontalis noch eine besondere Incisur (Incisura frontalis). Etwa 4 mm unter dem unteren Orbitalrande verlassen Nervus und Arteria infraorbitalis auf der Wange durch das Foramen infraorbitale den Canalis infraorbitalis, durch welchen sie am Boden der Augenhöhle gezogen sind.

Die Arteria ophthalmica, welche aus der Carotis interna stammt, giebt zuerst einen Ast ab, aus dem die Arter. centralis retinae und die medialen Ciliararterien entspringen, weiterhin die lateralen Ciliararterien,

die Arteria lacrymalis und die Art. supraorbitalis. Ueber den Sehnerv zur medialen Seite fortgehend, heisst der Hauptstamm Arteria nasofrontalis und endet in die Arteria frontalis und A. ethmoidalis anterior. Das venöse Blut wird durch die Ven. ophthalmica superior und inferior — letztere ergiesst sich meist noch innerhalb der Augenhöhle in die erstere — in den Sinus cavernosus der Schädelhöhle entleert. Aber es bestehen ausgedehnte Communicationen mit den Venen der Schläfengegend und der Kopfhaut, so dass bei Stauungen in dem Sin. cavernosus ein Abfluss des Blutes dorthin um so eher möglich ist, da den Orbitalvenen die Klappen fehlen. An der äusseren Seite des Opticus liegt das Ganglion ciliare, welches eine lange Wurzel vom N. nasociliaris des Trigeminus und eine kurze vom N. oculomotorius, ausserdem sympathische Fasern aus dem Plexus caroticus erhält. Aus ihm entspringen die kurzen Ciliarnerven, welche am hinteren Pole in den Bulbus dringen; die langen Ciliarnerven kommen vom N. nasociliaris.

Abgesehen von dem Bulbus und den zu ihm gehörigen Muskeln, Gefässen u. s. w. enthält die Orbita reichliches Fettgewebe. Dasselbe zerfällt in zwei abgetrennte Partien, von denen die eine innerhalb des Muskeltrichters, die andere ausserhalb desselben liegt. Die Grenzmembran des Fettzellgewebes gegen den Bulbus und die Conjunctiva hin bildet die Tenon'sche Kapsel. Die sich gegenüberliegenden Flächen der letzteren und des Bulbus sind mit einem Endothel überzogen; zwischen ihnen liegt ein Lymphraum, welcher nach hinten in den über der äusseren Sehnervenscheide liegenden supravaginalen Raum übergeht (Schwalbe). Die Tenon'sche Kapsel wird von den Sehnen der Augenmuskeln durchbrochen; an diesen Stellen schlägt sie sich auf die Muskel über und tritt mit deren Fasern in Verbindung.

Das Periost der Orbita (Periorbita) setzt sich am Orbitalrande in eine Fascie fort, welche an den Tarsus der beiden Lider und an dem Ligamentum canthi internum und externum endet (Fascia tarso-orbitalis). Hierdurch wird der Orbital-Inhalt nach vorn vollständig abgeschlossen; eine Verletzung der Fascie bei Lidoperationen lässt das Fettzellgewebe der Augenhöhle oft in unangenehmer Weise hervorquellen.

Von Bedeutung für die Erkrankungen des Orbita sind auch die ihr anliegenden Höhlen: Highmorshöhle, Stirnhöhle, Nasenhöhle, Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen.

1. Knochenerkrankungen.

In der Regel treten die Erkrankungen der knöchernen Orbitalwände unter dem Bilde der Periostitis auf, welcher später Caries und Nekrose folgen; seltener sind letztere Affectionen primär. Besonders häufig wird der Randtheil der Orbita betroffen. Unter dumpfer Schmerzempfindung schwillt das betreffende Augenlid an und röthet sich. Es kommt zu einer umschriebenen Geschwulst, die anfangs sehr hart, sich später meist erweicht; nach erfolgtem Durchbruch entleert sich Eiter. Die Sonde stösst auf rauhen Knochen. Gewöhnlich folgt dann Verwachsung der Haut mit dem Knochen, Narbenschrumpfung und bei entsprechendem Sitz des Leidens Ectropium. In einzelnen Fällen erfolgt auch Resorption und Zertheilung ohne Eiterung. Beginnt die Knochenaffection in der Tiefe der Orbita, so bestehen meist heftigere Entzündungserscheinungen: der Augapfel tritt hervor, die Conjunctiva bulbi wird chemotisch; oft entsteht durch die Verschiebung des Auges Doppeltsehen. Es lässt dies auf ein Uebergreifen der Entzündung auf das benachbarte orbitale Fettzellgewebe schliessen.

Als besonders charakteristisch für die Periostitis gilt die Schmerzhaftigkeit der entsprechenden Orbitalwand bei Druck mit dem Finger. Um den Sitz der Affection zu finden, muss man die Orbita betasten und oft tief mit dem Zeigefinger eingehen. Ferner pflegt die Haut und das subcutane Bindegewebe selbst bei tiefsitzender Periostitis weniger intensiv betheiligt zu sein, als bei einer primären Entzündung des Fettzellgewebes der Orbita. Gesellt sich zu tiefsitzenden Periostiten secundär eine Entzündung des Fettzellgewebes, so ist dieselbe gewöhnlich local begrenzt, fühlt sich als festere umschriebene Masse an und drängt den Bulbus zur Seite, so dass seine Beweglichkeit nach der entsprechenden Richtung hin beschränkt wird. Dennoch lässt sich zwischen primärer Fettzellgewebsentzündung und Periostitis nicht immer mit Sicherheit die Diagnose stellen. Heftige Schmerzen, oft in der Nacht exacerbirend, begleiten nicht selten das Leiden. —

Die Knochenaffectionen der Orbita, besonders des Randes derselben, kommen vorzugsweise im jugendlichen Lebensalter zur Beobachtung. Ich habe bei einem dreivierteljährigen Säugling eine ohne Ursache entstandene acute Ostitis des rechten Oberkiefers mit Lidödem und Exophthalmus beobachtet, die innerhalb 8 Tagen zu ausgedehntem Eiterdurchbruch in die Alveolen und in die Nase führte. Meist liegt scrophulöse und tuberculöse Diathese zu Grunde, öfters geben auch Traumen den unmittelbaren Anlass. Im späteren Lebensalter spielt Syphilis eine bedeutende Rolle.

Die Prognose ist, falls nur die Randpartie ergriffen, eine verhält-

nissmässig gute. Hat jedoch die Periostitis oder Caries in der Tiefe der Orbita ihren Sitz, so wird sie bedenklich, da durch die Fortsetzung der Erkrankung auf das Fettzellgewebe oder auf die Venen, wobei eine Thrombosirung derselben zu Stande kommt, deletäre Augenentzündungen, Sehnervenatrophie, selbst ein Uebergreifen auf das Gehirn oder Pyämie veranlasst werden kann. Plötzlich auftretendes hohes Fieber, starker Exophthalmus, Benommenheit pflegen diesen Ausgang einzuleiten. Besonders gefährlich sind die am Orbitaldache in der Tiefe sitzenden Processe. Es kann Durchbruch in die Stirnhöhlen und von diesen aus, oder auch direct, in das Gehirn erfolgen.

Die Behandlung wird die Constitution berücksichtigen müssen. Besonders gilt dies von Scrophulose und Syphilis. Bei letzterer sind grosse Dosen von Jodkali oft von Nutzen. Local kann man im Beginn durch Blutentziehungen, Einreibungen mit Mercurialsalbe in die Umgebung oder Bepinselung mit Jodtinctur die Entzündung zu bekämpfen suchen. Kalte Umschläge werden selten Verwendung finden. Ist die Affection weiter vorgeschritten, so dass eine Eiterung zu erwarten steht, so sind warme antiseptische Umschläge angezeigt. Durch Einschnitte mit nachfolgender Drainage suche man frühzeitig dem Eiter Abfluss zu schaffen. Es ist dies besonders bei tief sitzenden Affectionen von Nöthen. Man geht hier an der Seite, wo das Leiden vermuthet wird, mit einem schmalen Scalpell durch die Conjunctiva oder Lidhaut längs der Orbitalwand möglichst in die Tiefe; — die Orbita misst in sagittaler Richtung bei Erwachsenen, wie oben angeführt, circa 40—43 cm. Natürlich hüte man sich, den Bulbus oder die Knochenwand zu perforiren. Selbst wenn sich wenig oder kein Eiter entleert, pflegt diese Incision durch die folgende Blutung und Entspannung Vortheil zu bringen, auch ist dem sich bildenden Eiter ein Weg gebahnt, den man durch Einlegen von Jodoform-Gase offen halten kann. Besteht eine Eiterung, so sucht man durch Drainröhren Abfluss zu schaffen. Einspritzungen sind zu vermeiden, da sie den Orbitalinhalt und die Spannung vermehren; hingegen ist die Einführung von Tampons mit Jodoform oder Jodoformsalbe von Nutzen. Nekrotische Knochenstücke extrahire man.

2. Entzündung des Fettzellgewebes. Venenthrombose.

Bei der Entzündung des Fettzellgewebes der Orbita (Orbital-Phlegmone, Cellulitis orbitalis) besteht eine Protrusion des Augapfels, meist gerade nach vorn; Röthung und Chemose der Conjunctiva; Röthung und Schwellung der Lidhaut, besonders das obere Lid hängt in den schweren Fällen unbeweglich herab; dabei ist der Bulbus in seiner

Motilität beschränkt, öfters sind Doppelbilder vorhanden. Auch Störungen des Sehvermögens treten auf; ebenso Schmerzen in der Tiefe der Augenhöhle und Stirngegend; Fiebererscheinungen und Dyspepsie. Der Augapfel erscheint bei der Betastung härter, ebenso die Umgebung desselben. Bildet sich Eiterung, so tritt an einer umschriebenen Stelle der Conjunctiva oder Lidhaut eine Geschwulst auf, die später fluctuirt. Mit der Eiterentleerung verringern sich sämmtliche Erscheinungen.

Nicht selten setzt die Affection auf das Auge über; es kommt zu eitriger Chorioiditis, die zur Phthisis führt, oder auch die mangelhafte Lidbedeckung bewirkt Hornhautverschwärung. Ebenfalls nicht selten sind Erblindungen durch Erkrankungen des Sehnerven (Neuritis, Thrombose der V. centralis retinae [Leber, Vossius]; gelegentlich auch nur eine einfache Venenschlängelung, nach der schliesslich doch noch Atrophie eintritt). Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die plötzlich entstehenden Erblindungen vorzugsweise auf die Gefäss-Compression zu schieben sind. Auch Netzhautblutungen und -ablösungen sind beobachtet.

Bisweilen werden die Orbitalvenen thrombosirt und geben zu Pyämie Anlass. Die Thrombose dringt öfters bis in den Sin. cavernosus und kann selbst durch die Sin. intercavernosi auf den Sin. cavernosus der anderen Seite übergreifen und so doppelseitigen Exophthalmus hervorrufen; ausnahmsweise, wie ich in einem Fall gesehen, bleibt sie auf die Orbitalvenen beschränkt. Handelt es sich, wie meist, um eine septische Venenthrombose, so beobachtet man auch in der Umgebung des Auges, besonders an den Lidern Abscedirungen, bisweilen so kleine, dass sie als Eiterpunkte erscheinen. In den Muskeln der Orbita und in den Gefässwänden habe ich ebenfalls Abscesse, zum Theil mit Kokken durchsetzt, gefunden. Das Fettzellgewebe ist serös oder eitrig infiltrirt.

In diesen schweren Fällen gehen die Kranken meist an eitriger Meningitis, Hirnabscessen oder Pyämie zu Grunde.

Die primäre Hirnsinusthrombose kann ähnliche Erscheinungen, wie wir sie bei der Orbitalphlegmone haben, hervorrufen: so einseitigen Exophthalmus, Hyperämie und Oedem der Bindehaut, des Orbitalfettzellgewebes und des Augenlides. Sie führt aber nicht zu Eiterungen; jedoch kann sie sich mit eitriger Chorioiditis compliciren. Als besonders charakteristisch wird das gleichzeitige Bestehen eines Oedems in der Gegend des Processus mastoideus angegeben, ebenfalls durch Stauung von in den Sin. cavernosus sich ergiessenden Venen bedingt.

Die Orbitalphlegmone entsteht — abgesehen von directen infectiösen Verletzungen oder Operationen — am häufigsten durch ein Uebergreifen der Entzündung von nahe gelegenen Krankheitsherden (Gesichtserysipel, Periostitis und Caries der Orbita, eitrigen Thränensackleiden,

Affectionen der angrenzenden Knochenhöhlen, Wurzelerkrankungen der Oberkieferzähne u. s. w.). Ich habe in Folge einer umschriebenen syphilitischen Caries eines Nasenbeines erst einseitige, dann doppelseitige Phlegmone der Orbita mit Venenthrombosirung und letalem Ausgange auftreten sehen.

In anderen Fällen handelt es sich um metastatische Vorgänge: so bei Carbunkel-, Milzbrand- oder Rotzinfectionen, Pyämie, gelegentlich selbst bei Gesichtsfurunkel. Auch nach schweren Typhen, Pneumonien epidemischer Pneumokokken-Meningitis und Scharlach werden Orbitalphlegmonen beobachtet. — Uebrigens ist eine gewisse Entzündung des orbitalen Fettzellgewebes und besonders der Tenon'schen Kapsel bei jeder Panophthalmitis, bisweilen auch bei Chorioiditis suppurativa vorhanden.

Die Therapie wird sich nach den Ursachen richten. Bei genuiner Fettzellgewebsentzündung kann man im Anfang, wie oben bei der Periostitis orbitae erwähnt, antiphlogistische Behandlung anwenden, später sind lauwarme antiseptische Umschläge und vor Allem frühzeitige Entleerung des Eiters angezeigt.

Bei der Phlegmone des orbitalen Fettzellgewebes pflegt die Tenon'sche Kapsel durch Verdickung und Infiltration mit betheiligt zu sein. Sie scheint sich auch, ohne dass das Fettzellgewebe in Mitleidenschaft gezogen wird, isolirt entzünden zu können; einzelne klinische Beobachtungen und ein anatomischer Befund von Kuhnt können so gedeutet werden. Man hat die bezügliche Affection als Tenonitis bezeichnet. Ihre Symptome bestehen in gehinderter Beweglichkeit des Bulbus mit leichter Hervortreibung und Chemose der Conjunctiva und Röthung und starker Schwellung der Lidhaut: also in Erscheinungen, die auch bei der Orbitalphlegmone vorhanden sind, nur weniger heftig und ausgeprägt. Als differenzielles Moment kann man noch anführen, dass bei der Tenonitis die Beschränkung der Beweglichkeit stärker hervortritt, bei der Orbitalphlegmone hingegen die Protrusio. Die Affection ist bei acutem Schnupfen, bei Influenza (Fuchs), bei rheumatischen Gelenkentzündungen (Panas) meist doppelseitig beobachtet worden. Der Verlauf dieser Fälle ist gewöhnlich ein günstiger. Die Therapie besteht in Schwitzcuren mit Natr. salicylicum und Auflegen von Thermophoren. Nur in traumatischen Fällen (z. B. nach Schieloperationen) empfehlen sich Eisumschläge.

3. Exophthalmus. Morbus Basedowii. Enophthalmus.

Abgesehen von den eben behandelten Affectionen finden wir den Bulbus nach vorn gedrängt (Exophthalmus), wenn der Inhalt der Orbita durch vermehrte Füllung (Hypertrophie des Fettzellgewebes, stärkere Blutfülle und Oedem [so bei Hirnsinus-Thrombose], Blutungen, Emphysem, Cysten, Tumoren) zunimmt, oder wenn durch Knochenverdickungen (Exostosen, allgemeiner Verdickung der Knochen: Leontiasis ossea) oder durch Ausdehnung der anliegenden Höhlen (Antr.

Highmori, Stirnhöhlen, Nasenraum u. s. w.) der Orbitalraum beschränkt wird.

Um das Hervorstehen des Augapfels dem Grade nach zu messen, sind eine Reihe von Exophthalmometern angegeben worden (H. Cohn, Emmert, Zehender, Snellen u. A.). Sie gehen der Hauptsache nach davon aus, dass auf den äusseren Orbitalrand (bezw. Stirnrand) horizontal ein mit Maasstheilung versehenes Lineal gesetzt wird, an welchem man durch Visiren auf den Hornhautscheitel die Entfernung dieses vom Orbitalrande bestimmt. Wenn man durch Verschieben eines horizontalen Stäbchens auf dem Lineal gegen die Cornea hin den Abstand messen will, so sieht man oft ein deutliches Zurückziehen des Bulbus vor der drohenden Berührung. Die Schwankungen in der Entfernung zwischen Hornhautscheitel und Orbitalwand sind bei den einzelnen Individuen ziemlich gross. In pathologischen Fällen ist die Vergleichung beider Augen des Kranken von besonderer Wichtigkeit; doch kommen auch angeborene Verschiedenheiten beider Gesichtsseiten vor. —

Blutungen in der Orbita treten, abgesehen von directen Verletzungen, gelegentlich in Stickhustenanfällen, bei Scorbut und Haemophilie auf. Je nach ihrer Ausdehnung können sie die Stellung des Bulbus beeinflussen und auch durch Compression des Opticus und der Augennerven functionelle Störungen hervorrufen. Neuerdings sind nach Rumpf-Compressionen neben Hautextravasaten auch Stauungsblutungen in der Orbita mit Exophthalmus, Pupillenerweiterung und Sehschwäche, bisweilen selbst mit Netzhautblutungen beschrieben worden (H. Braun). — In der Regel erfolgt unter Eisanwendung oder Druckverband baldige Resorption der Blutungen; in einzelnen Fällen geben sie zur Bildung von Blutcysten Anlass (Mitvalsky), die bei einiger Grösse alle Erscheinungen einer Orbitalgeschwulst machen können. In einem von mir operirten Falle sass die Blutcyste längs der unteren Wand des Auges, sich von der Sclera noch etwas über den Opticus erstreckend, und hatte das Auge stark nach oben verschoben.

Emphysem der Orbita mit Exophthalmus kommt gelegentlich nach einer Verletzung des Thränensackes und Thränenbeines oder des Siebbeins durch die abnorme Communication zwischen Nase und Orbita beim Niesen und Schneuzen zu Stande; es verschwindet bald wieder, aber durch ähnliche Veranlassungen kann es sich in den nächsten Tagen wieder von Neuem bilden. Mit der Heilung, die in der Regel spontan erfolgt, ist dem Lufteintritt in die Orbita der Weg verlegt.

Von grosser Bedeutung sind die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Orbita. Es kommt zuweilen zu einer oft erheblichen Ausdehnung derselben, indem sich Eiter (Empyem), schleimige oder seröse Flüssigkeit (Hydrops) darin sammelt. Die der Augenhöhle anliegende Wand wird alsdann in dieselbe hineingedrückt und bewirkt mehr oder weniger beträchtliche Störungen: so Beweglichkeits-

beschränkungen, Protrusion, bei Perforation selbst eine Entzündung des orbitalen Fettzellgewebes. Von Sehstörungen sind — abgesehen von Fällen directer Opticusbetheiligung — besonders asthenopische Beschwerden beobachtet; auch concentrische Gesichtsfeldeinengungen sind beschrieben (Ziem, Kuhnt). Am häufigsten sind die Affectionen der Stirnhöhle (Sinusitis frontalis), die vorzugsweise Kuhnt neuerdings studirt hat. Meist weisen zuerst Stirnschmerzen, die ganz den Charakter der Neuralgia supraorbitalis haben können und Empfindlichkeit des Orbitaldaches auf Druck darauf hin. Hat sich die Höhle partiell stärker ausgedehnt, so entwickelt sich in der Regel eine Geschwulst über dem innern Augenwinkel am Orbitaldach; ist der Knochen daselbst dünner geworden, so fühlt man Fluctuation; schliesslich erfolgt Durchbruch meist nach aussen hin durch die Haut des oberen Lides. Ueberhaupt wird man gut thun, falls man eine Fistel dort findet, die nach dem Orbitaldach führt, vor Allem an ein Stirnhöhlen-Empyem zu denken und zu versuchen, mit der Sonde in den Sinus zu kommen. Bisweilen kann die Stirnhöhle sich aber ziemlich gleichmässig ausdehnen und auf den Orbital-Inhalt so drücken, dass ein starker Exophthalmus mit Ablenkung des Auges nach unten zu Stande kommt; dies tritt besonders bei schleimigem Inhalt auf. Die kleineren Geschwülste bewirken bisweilen durch Mitbetheiligung der Trochlea Lähmungserscheinungen des Obliquus superior. — Ist die Highmorshöhle ausgedehnt, so wird der Bulbus nach oben verschoben. Die Ausdehnung der Siebbeinzellen veranlasst eine Geschwulst an der inneren Augenwand, die wegen der Dünnheit der Lamina papyracea leicht eindrückbar erscheint. Erweiterungen der Keilbeinhöhle sind nur bei gleichzeitiger Betheiligung der Siebbeinzellen zu diagnosticiren; sie können im Canal. opticus einen directen Druck auf den Sehnerv ausüben.

Die Diagnose der erwähnten Empyeme ist wenigstens im Beginn nicht immer leicht. Vor Allem wird eine rhinoskopische Untersuchung über etwaige Secret-Entleerungen derselben nach der Nase hin Auskunft geben müssen. Für die Füllung der Stirnhöhlen und der Highmorshöhle kann man bisweilen mit Nutzen die Durchleuchtung anwenden, indem man eine kleine Glühlampe unter den oberen Rand der Orbita beziehentlich im Mund am hinteren Gaumen im Dunkelzimmer anlegt. Streicht man die Haut, so leuchtet das Licht roth durch, wenn die Höhlen von Secret frei sind; ein Vergleich zwischen beiden Gesichtshälften lässt den Unterschied hervortreten. Jedoch ist das Phänomen nicht sicher, da z. B. die verschiedene Dicke der Knochenwand dabei einen irreleitenden Einfluss üben kann.

Die Therapie ist auf Heilung der Höhlen-Affectionen zu richten. Bei der Stirnhöhle kann man oberhalb der Augenbrauen eine aus-

gedehnte Oeffnung durch Fortnahme der ganzen vorderen Knochenwand mit Erhaltung des Periostes sich schaffen (Kuhnt), den Inhalt entleeren und die entartete Schleimhaut herauskratzen. Zu gleichem Zweck ist das Einleiten heissen Dampfes durch eine kleine Knochenöffnung zu empfehlen (Golovine). Ich habe aber auch gelegentlich durch eine ebensolche kleine Oeffnung unter Anwendung einer elektrischen Lampe, die ihr Licht in die Sinus-Ausläufer sendete, die Schleimhaut in ausreichender Weise mit dem scharfen Löffel auskratzen können. Von der etwa bestehenden Fistel aus durch längere Drainage dies Empyem zu heilen, ist nur wenig Aussicht. Auch die Highmorshöhle bedarf der Eröffnung, um mittelst Durchspülungen eine Heilung herbeizuführen. —

Eine eigenthümliche Form der Protrusion des Bulbus bildet der pulsirende Exophthalmus. Er ist die Folge von entweder spontan entstandenen (Aneurysma verum) oder traumatischen Aneurysmen. Am häufigsten handelt es sich um eine Ruptur der Carotis interna im Sin. cavernosus, die besonders bei Basalfracturen zu Stande kommt. Das Hauptsymptom besteht in einer Pulsation des hervortretenden Augapfels. Dieselbe ist leicht erkennbar, wenn man die Hand auf den Bulbus legt und ihn etwas zurückdrückt. Auscultatorisch hört man nur selten ein Blasegeräusch. Oft bilden sich später kleine pulsirende Geschwülste (durch Hineinströmen von arteriellem Blut in die Venen) neben dem Bulbus, so besonders im inneren-oberen Winkel der Orbita. Auch die Stirnvenen pulsiren öfters. Comprimirt man die gleichseitige Carotis communis, so hört die Pulsation auf. Der Augapfel leidet entsprechend der Hervordrängung. Bisweilen erkrankt auch der Sehnerv, häufig sind complicirende Lähmungen im Gebiete der Augen- und Gesichtsnerven. Besonders störend ist für die Patienten ein beständiges Klopfen und Brausen im Kopfe; auch heftige Schmerzen sind nicht selten. Meist treten die Haupterscheinungen (auch in den nicht-traumatischen Fällen) unter einem heftigen Schmerz plötzlich auf; doch nehmen sie in nächster Zeit gewöhnlich noch zu.

Im weiteren Verlauf kommen gelegentlich Blutungen aus der Conjunctiva vor, die selbst letal werden können; auch erfolgt bisweilen nach einiger Zeit plötzlicher Tod. Doch werden auch spontane Rückbildungen beobachtet. In einem von mir verfolgten Falle war nach circa vier Jahren die Pulsation und der Exophthalmus verschwunden, aber das Sehvermögen durch einen die obere Gesichtsfeldhälfte treffenden Gesichtsfelddefect geschwächt. Bei der Behandlung kommt vorzugsweise die länger fortzusetzende Instrumental- oder Digitalcompression der Carot. communis und die Unterbindung derselben in Betracht. Letztere, wegen pulsirenden Exophthalmus ausgeführt, hatte bei 61 Kranken

36 Mal Erfolg, 8 Mal erfolgte der Tod (Sattler). Neuerdings hat Siegrist zwei Fälle von Erblindung des betreffenden Auges durch Embolie der Art. centralis retinae nach Carotisunterbindung mitgetheilt. Ich sah einmal nach derselben den pulsirenden Exophthalmus sich in einen pulsirenden Enophthalmus umbilden. Da auch ohne die Operation, wie erwähnt, Heilung vorkommt, so wird man den operativen Eingriff so lange aufschieben, bis wirklich gefahrdrohende Zufälle auftreten. Jedenfalls aber ist die Instrumental- oder Digitalcompression zuvor zu versuchen.

Periodischer Exophthalmus wurde in einzelnen Fällen als Folge varicöser Venen-Erweiterung beobachtet (Magnus, Vossius u. A.). Hier tritt beim Jucken, Heben schwerer Gegenstände der Augapfel hervor; im Beginn des Leidens ist er für gewöhnlich in normaler Lage, später bleibt er auch dauernd ein wenig prominent. In einem von mir beobachteten Falle trat ganz plötzlich ein starker Exophthalmus ohne besonderen Grund auf, der erst nach mehreren Tagen zurückging; dies wiederholte sich nach mehreren Jahren noch einmal; alsdann entwickelte sich der oben geschilderte periodische Exophthalmus.

Bei Morbus Basedowii sind beide Augen hervorgedrängt; nur ausnahmsweise beschränkt sich die Prominenz auf ein Auge. Schon ehe dieses Hervortreten einen deutlich pathologischen Charakter zeigt, fällt es auf, dass beim Senken des Blickes das obere Lid in auffälliger Weise zurückbleibt (v. Graefe's Symptom). Auch klafft die Lidspalte ungewöhnlich weit und der Lidschlag erfolgt seltener (Stellwag). Diese Symptome sind von besonderer diagnostischer Bedeutung, wenn es sich um höhergradige Kurzsichtige handelt, deren Augen an und für sich häufiger stärker hervorragen. Später kann die Prominenz des Augapfels, welche anatomisch durch Erweiterung der Blutgefässe, seröse Infiltration und Hypertrophie des Fettzellgewebes verursacht ist, so stark werden, dass die mangelnde Lidbedeckung zu Hornhautverschwärungen Anlass giebt. An den Netzhautarterien sieht man zuweilen ganz schwache, spontane Arterienpulsation (vergl. S. 266); in ausgeprägter Weise habe ich sie nie constatiren können. Zum weiteren Erscheinungscomplex des Morbus Basedowii gehören Herzpalpitationen und Struma. Die Augen-Symptome erklären sich durch eine Sympathicus-Neurose: der Exophthalmus, welcher nach dem Tode schwindet, durch Erweiterung der Orbital-Arterien und das Graefe'sche Symptom durch einen Reizzustand in dem Müller'schen Muskel, der mit zur Hebung des oberen Lides dient. Ob diese Sympathicus-Neurose primär ist oder ob eine durch die Schilddrüsen-Erkrankung veranlasste Toxinbildung (Moebius) oder eine Affection der Medulla oblongata (Bulbärtheorie, Geigel) oder schliesslich eine functionelle Störung des ganzen Nervensystems vorliegt, darüber weichen die Meinungen auseinander; es ist wahrscheinlich,

dass die Einzelfälle verschiedene ätiologische Momente haben. Was die locale Therapie betrifft, so ist bei starkem Exophthalmus öfters ein Druckverband während der Nacht angezeigt, um den Lidschluss zu sichern. Auch kann zur Verkleinerung der Lidspalte die Tarsoraphie nöthig werden. Letztere ist auch so ausgeführt worden, dass nur der mittlere Theil der Lidränder nach Wundmachung vernäht wurde. Gegen die Trockenheit des Auges, etwaige Conjunctiviten und Keratiten sind die entsprechenden Mittel anzuwenden. Die Allgemeinbehandlung muss roborirend sein; Aufenthalt in guter Luft, Kaltwassercuren, Eisen, Chinin haben meist sichtlichen Erfolg; ebenso scheint das Galvanisiren des Halssympathicus von Nutzen zu sein. Bei Frauen, die vorzugsweise von Morb. Basedowii befallen werden, beobachtet man unter dieser Behandlung oft ein Zurückgehen aller belästigenden Erscheinungen; bei Männern hingegen ist die Prognose übler, hier tritt häufiger durch secundäre Herzfehler, durch allgemeine Erschöpfung oder Hydrops letaler Ausgang ein. Die Behandlung mit Thyreoidin-Tabletten scheint ohne Nutzen zu sein; die partielle Exstirpation der Schilddrüse (Rehn) dürfte nur in ganz verzweifelten Fällen in Anwendung zu ziehen sein. —

Ein abnormes Zurücksinken des Augapfels (Enophthalmus) tritt bei starkem Schwund des Fettzellgewebes ein: bei asiatischer Cholera bisweilen innerhalb weniger Stunden durch den Wasserverlust (v. Graefe). Ebenso beobachtet man das Zurücksinken bei neurotischen Gesichtsatrophien und bei Ophthalmomalacie. Auch nach Traumen sieht man bisweilen Enophthalmus; er ist bedingt durch eine narbige Schrumpfung des Fettzellgewebes oder durch Lageveränderung in Folge von Knochenfractur. Das Auge ähnelt dann, wenn es seine natürliche Lage behalten hat, sehr einem künstlichen. Ich habe einen derartigen Fall gesehen, der durch Eindringen einer Revolverkugel von der Schläfe her bedingt war. In einem zweiten Falle war der Bulbus zurückgesunken und nach unten dislocirt in Folge schwerer cariöser Processe, die neben den Orbitalwandungen noch die Nasenknochen betroffen hatten. Auch pulsirender Exophthalmus kann in Enophthalmus später übergehen.

4. Die Tumoren der Orbita.

Die Neubildungen in der Augenhöhle entstehen entweder primär in den dieselbe ausfüllenden Geweben, oder sie sind von dem Bulbus oder den Nachbartheilen her fortgeleitet, oder schliesslich metastatischen Ursprunges; letzteres ist sehr selten, vorzugsweise spielen Mamma-Carcinome hier eine Rolle. Ich habe nach Exstirpation eines solchen die Knochenränder beider Orbitae carcinomatös werden sehen.

In der Regel bewirken die Tumoren einen mehr oder weniger hohen Grad von Exophthalmus und Beweglichkeitsbeschränkung des Auges. Sitzen sie in dem Muskeltrichter, so pflegt ein Vorwärtsdrängen des Bulbus in der sagittalen Richtung stattzufinden; befinden sie sich ausserhalb desselben, so erfolgt die Verschiebung entsprechend ihrer mechanischen Druckwirkung. Der Augapfel kann durch die erfolgende Protrusion oder durch Entzündungen und directes Uebergreifen der Geschwulst leiden. Die Papilla optica zeigt öfters Neuritis oder Atrophie; auch Netzhautblutungen und -ablösungen kommen vor. In der Regel ist nur eine Orbita ergriffen; Fälle, in denen, ohne dass ein directes Herüberwachsen der Geschwulstmasse stattfindet, beide Orbitae befallen wurden, sind ausserordentlich selten. Bei einem Manne im mittleren Lebensalter habe ich das Auftreten umschriebener Sarkomknoten innerhalb einiger Monate in beiden Augenhöhlen beobachtet; der Tod erfolgte durch Metastasen.

Die gutartigen Geschwülste pflegen langsamer zu wachsen, die malignen schneller, unter Schmerzen und mit starken Beweglichkeitsstörungen, da sie die Muskeln angreifen.

Es seien von primären Geschwülsten der Orbita besonders die Cysten (Atherome oder Dermoidcysten — dieselben, öfters angeboren und zur Pubertätszeit wachsend, sitzen besonders in den oberen Augenwinkeln dicht unter der Lidhaut, — Blutcysten, Schleimcysten, Echinokokken, Cysticerken), die Angiome (einfache, lipomatöse [van Duyse], cavernöse), Neurofibrome (Billroth, Marchand), Lymphome, die meist an beiden Augen vorkommen und unter der Conjunctiva liegen (vorzugsweise bei Leukämie), Carcinome und die verschiedenen Sarkomformen genannt. Unter letzteren sind die sehr zu Recidiven neigenden Cylindrome (Billroth, Sattler) bemerkenswerth, deren kolbige hyaline Bildungen aus der Gefässadventitia hervorgehen. Von den Wänden der Orbita entwickeln sich häufig Osteome; hier geben Traumen gelegentlich die Veranlassung.

Der Sitz der Geschwulst wird sich, wenn er nicht direct erkennbar ist, durch Eingehen mit dem Finger, nöthigenfalls in der Narkose, feststellen lassen. Die Art des Tumors ist schwierig zu bestimmen; bei cavernösen Geschwülsten wird ein An- und Abschwellen beobachtet, durch Compression kann man sie verkleinern. Mit Dermoidcysten könnten die sehr selten vorkommenden angeborenen Hirnbrüche verwechselt werden, die ebenfalls oben-innen liegen, indem sie die Naht zwischen Siebbein und Stirnbein durchbrechen. Sie sind aber nicht verschieblich, dagegen durch Druck zu verkleinern und zeigen die Hirnpulsationen; auch fühlt man bisweilen die Knochenöffnung. Probepunctionen oder Harpuniren können öfters zur Diagnosenstellung bei den Orbitaltumoren erforderlich werden.

Die Therapie wird in der Regel in der Exstirpation der Geschwulst, wenn möglich mit Erhaltung des Bulbus, bestehen. Dermoidcysten und andere Cysten werden in gewöhnlicher Weise mit ihrem Sack exstirpirt; bedenklicher sind die sehr seltenen cavernösen Geschwülste, bei denen übrigens auch Spontanheilungen beobachtet wurden. Sitzen sie in einer Kapsel, so gelingt ebenfalls die Exstirpation; sonst kann man Elektrolyse versuchen.

Für tiefer liegende Geschwülste ist zur Exstirpation die von Krönlein angegebene osteoplastische Resection sehr vortheilhaft, bei der es gelingt, entsprechenden Falles den Bulbus zu erhalten. Nach Ausführung eines Hautschnittes, der etwa dort beginnt, wo man über dem oberen Augenhöhlenrande die Linea semicircularis durchfühlt und dann längs des äusseren Orbitalrandes bis zum Jochbogen verläuft, wird nach der Periost-Ablösung ein keilförmiges Stück der äusseren Orbitalwand durchmeisselt: die Spitze des Keiles liegt in der Fissura orbitalis inferior, die Basis bildet der äussere Orbitalrand in der Ausdehnung der Hautwunde. Wenn man diesen Hautknochenlappen nach aussen umschlägt, liegt die Orbita in grosser Ausdehnung frei.

Ist die ganze Orbita mit Geschwulstmasse erfüllt, so wird man die Exenteration machen. Durch Erweiterung der Lidspalte im äusseren Augenwinkel gelingt es meist, die Lider mit Elevateuren ausreichend auseinander zu ziehen; dann löst man das Periost und entfernt mit ihm den Gesammtinhalt der Orbita. Sehr vorsichtig wegen der lebensgefährlichen Blutungen muss man mit den, mehr in das eigentlich chirurgische Gebiet fallenden gefässreichen Fibromen sein, die von der Basis des Gehirns oder der Fissura pterygopalatina ausgehend in den Rachen, die Schläfengrube und durch die Fissura infraorbitalis in die Augenhöhle wachsen. Die Füllung der Schläfengrube und das Hervordrängen des Oberkiefers mit der entsprechenden Wangenseite leitet auf die Diagnose dieser nur bei Knaben und jungen Männern vorkommenden Erkrankung. —

5. Verletzungen der Orbita.

Bei den Verletzungen der Orbita handelt es sich häufig um Knochenbrüche. So ist bei Fractur der Basis cranii oft das Dach der Orbita getroffen; besonders wichtig sind die Risse, welche in das Can. opticus gehen, da hierbei Verletzungen des Sehnerven mit folgender Amblyopie oder Amaurose zu Stande kommen (Berlin). Auch können dislocirte Knochenstücke Muskelzerreissungen veranlassen. Blutungen in das Orbitalfettzellgewebe dringen bisweilen bis unter die Conjunctiva vor und stören durch Compression die Functionen der Muskeln und des Sehnerven; das Sehvermögen kann hier sogar bis auf Lichtempfindung herabgehen, mit Resorption des Blutes tritt die Wiederherstellung ein. Weiter sind directe

Verletzungen des Orbitalrandes und seiner Wandungen durch Kugeln (so bei Selbstmordversuchen), Stiche oder Eindringen von Fremdkörpern nicht selten. Bisweilen folgen ihnen erheblichere Entzündungen des Fettzellgewebes; einfache Wunden pflegen aber in der Regel ohne Entzündung zu heilen: doch können sie durch Verletzungen des Bulbus oder Opticus das Sehvermögen gefährden. Ich habe auch mehrere Male stationäre Gesichtsfelddefecte durch Opticusverletzungen eintreten sehen. Durch Abreissen eines Augenmuskels oder durch Verletzung desselben bei Knochenfracturen mit Dislocation kann sehr belästigende Diplopie veranlasst werden. — Ist der Fremdkörper noch in der Orbita, so wird man ihn zu entfernen suchen. Doch ist dies nicht immer leicht, oft werden langwierige Eiterungen durch abgebrochene Holzstückchen, Rohr u. s. w. unterhalten.

Die Contusionen, welche die Orbita und ihren Inhalt treffen, schädigen auch oft den Augapfel (siehe das Schlusskapitel „Allgemeine Verletzung des Augapfels").

Auch Luxationen des Augapfels werden beobachtet; so besteht in manchen Gegenden die Unsitte, bei Raufereien durch Eindrängen des Daumens in die Orbita den Augapfel des Gegners aus der Augenhöhle hervorzudrücken. Sind keine erheblichen Verletzungen des Opticus oder Bulbus dabei eingetreten, so kann das Sehvermögen erhalten bleiben (Rothmund). Weiter wird bisweilen bei Zangenentbindungen durch die Compression des Löffels ein Herausdrücken des Augapfels zu Stande gebracht. Man muss den Augapfel nach Auseinanderziehen der Lider in die Orbita zurück zu bringen suchen, ihn dann mit den Lidern bedecken und einen Druckverband anlegen. Irrsinnige reissen sich gelegentlich mit den Fingern das Auge heraus (Axenfeld).

6. Angeborene Missbildungen des Auges.

In einer Reihe von Fällen ist ein angeborener Mangel des Augapfels constatirt worden (Anophthalmus), meist doppelseitig. In der Orbitahöhle, welche von der Conjunctiva ausgekleidet ist, fehlt alsdann entweder jede Spur eines Bulbus oder man findet ein kleines Knötchen oder eine Cyste. Auch habe ich einen Fall beobachtet, wo auf der einen Seite in der Tiefe ein kleiner weisser Fleck, der beim Betasten etwa Erbsengrösse hatte, zu sehen war, während in der Tiefe der anderen Orbita ein gleichsam phthisischer Bulbus lag, an dem man noch Reste der Hornhaut (6 mm im Durchmesser) mit durchscheinender Iris erkennen konnte. Dabei bestand eine Verkleinerung des Conjunctivalsackes und Verlust der oberen Uebergangsfalte. Es handelte sich hier um den

Ausgang einer intrauterinen Entzündung. Mit dem Fehlen des Augapfels verbinden sich öfters anderweitige Entwicklungsstörungen: so Schmalheit des gleichseitigen Gesichtsskelettes, Verschluss des äusseren Gehörganges u. s. w. — Bei Cyklopie findet sich nur ein Auge an der Stelle sitzend, wo im normalen Gesicht die Nasenwurzel liegt. — Ist das Auge in seinen Dimensionen zurückgeblieben, so haben wir einen Mikrophthalmus. Diese Verkleinerung betrifft meist beide Augen, besonders häufig sind die vorderen Partien (Cornea) kleiner. Die Sehschärfe ist verringert, oft besteht Nystagmus. Auch sonstige Anomalien sind nicht selten: Strabismus, Ptosis, Katarakt, Linsenluxation, Colobom der Iris und Chorioidea.

Die Vergrösserung des Auges wird als Megalophthalmus oder Hydrophthalmus congenitus bezeichnet. Dieselbe entwickelt sich meist in den ersten Lebensjahren noch weiter; neben abnormer Ausdehnung der vorderen Kammer ist oft auch eine diffuse Hornhauttrübung vorhanden. Diese giebt ein sicheres differenzielles Moment gegenüber einer wenn auch ungewöhnlichen, doch noch physiologischen Grösse des Auges, an die man, wenn es sich um ganz jugendliche Individuen handelt, denken kann. In der Regel führt der Process allmählich fortschreitend zu einer glaukomatösen Sehnerven-Excavation und Erblindung, jedoch pflegt letzterer Ausgang erst nach Jahren einzutreten. In anderen Fällen kann der Process stationär bleiben. Der angeborene Hydrophthalmus kommt ein- oder, wie gewöhnlicher, doppelseitig vor. Gegen das Fortschreiten kann man die Sclerotomie versuchen; gefährlicher als diese ist die Iridectomie, da hierbei leicht Linsenluxation und Glaskörperabfluss eintritt. Jedenfalls darf die Operation nur in tiefer Narkose gemacht werden, um jedes Pressen zu vermeiden. Handelt es sich um doppelseitigen Hydrophthalmus, so empfiehlt es sich, wenigstens ein Auge zu operiren und den Erfolg abzuwarten. Sonst ist Eserin oder Pilocarpin einzuträufeln. Im Allgemeinen ist die Prognose ungünstig.

Drittes Kapitel.

Erkrankungen der Augenlider.

Anatomie.

Oberes und unteres Augenlid (palpebra superior und inferior) stossen im äusseren und inneren Augenwinkel (Canthus) zusammen. Ihre winklige Vereinigungsstelle bezeichnet man auch als Commissur. Der innere Augenwinkel ist weniger spitz: zwischen ihm und der Plica semilunaris findet sich der Thränensee. Die Ränder der Augenlider haben in dem grössten Theil ihres Verlaufes eine Breite von etwa 2 bis 3 mm; ihre innere Kante ist gegen die Conjunctiva, die äussere gegen die Lidhaut gewendet: den zwischen den Kanten liegenden Theil bezeichnet man als Intermarginaltheil. Gegen die Augenwinkel hin werden die Lidränder schmäler und abgerundet. Etwa 5 mm vom inneren Augenwinkel entfernt findet sich im Beginn dieser Verschmälerung, sowohl am oberen als unteren Lide eine kleine Hervorragung (Papilla lacrymalis) mit einer centralen Oeffnung, dem Thränenpunkt. Von diesem aus verlaufen dicht unterhalb der Lidrandoberfläche die Thränenröhrchen in den Thränensack, der im inneren Winkel der Orbita liegt. Die äussere Kante des Lidrandes ist von den Wimpern (Cilien) durchbohrt, die eine vom Bulbus abgewandte Richtung haben. Ihre Wurzeln gehen circa 2 mm in die Tiefe und liegen der äusseren Fläche des Tarsus auf. In die Haarbälge münden Talgdrüsen (Zeiss'sche Drüsen). Weiter finden sich zwischen den Cilien modificirte Schweissdrüsen (Moll'sche Drüsen).

Das Lid selbst setzt sich im Querschnitt zusammen aus: Haut, Muskellage und Tarsus; die dem Auge zugekehrte Seite des Tarsus ist von der Conjunctiva bedeckt. Unter der leicht verschiebbaren und lockeren Lidhaut sitzt ein circulär die Lidöffnung umkreisender und noch peripher über den knöchernen Orbitalrand hinausgreifender grosser, willkürlicher Muskel (M. orbicularis). Er zerfällt in drei Abtheilungen, M. palpebralis (superior und inferior), M. orbitalis und M. malaris (Henle). Die M. palpebrales haben zwei Ansatzpunkte:

am inneren Augenwinkel das Lig. palpebrale internum, am äusseren das externum. Das Lig. palpebral. intern. entspringt am Proc. frontalis des Oberkiefers, geht über das obere Ende des Thränensackes und dann längs seiner hinteren Wand an die Crista lacrym. posterior des Thränenbeins. Von dem hinteren Schenkel des Ligam. internum entspringen Muskelfasern (Horner'scher Muskel), die, sich nach vorn um die Thränenröhrchen legend und dicht an der Lidkante verlaufend, den innersten Kreis der M. palpebrales bilden. Dem M. orbitalis gehören die äussersten an den Knochenrändern der Orbita verlaufenden Muskelzüge an; am oberen Lide stehen sie mit dem M. frontalis in Verbindung. Von dem medialen und lateralen Ende des Orbitalmuskels des unteren Lides aus gehen als M. malaris zwei convergirende Schenkel nach unten, die in der Haut der Wange und des Mundwinkels enden.

Der M. orbicularis, vom N. facialis versorgt, dient zum Schliessen der Lider.

Unter ihm, durch Bindegewebe getrennt, liegt eine feste, aus verfilztem Bindegewebe bestehende Bandscheibe (Tarsus), deren einer Rand am Lidrande endet; der andere freie Rand steht mit der Fascia orbitalis in Verbindung. Der Tarsus des oberen Lides ist dicker als der des unteren; sein Querschnitt beträgt etwa $1\frac{1}{2}$ mm. Mit der Conjunctiva ist die betreffende Fläche sehr eng verknüpft, so dass eine Trennung nicht sicher gelingt.

In dem Tarsus eingebettet und nach der Conjunctiva hin hellgelblich durchscheinend liegen die Tarsal- oder Meibom'schen Drüsen. Dieselben bestehen aus langen Schläuchen, denen kleine Acini aufsitzen. Ihr feinkörniges, fettiges Secret (Sebum palpebrale) entleert sich am Lidrande.

Die Hebung des oberen Lides wird durch den vom Oculomotorius innervirten Levator palpebrae superioris besorgt. Derselbe entspringt in der Nähe des Foramen opticum und inserirt sich am oberen Rande des Tarsus. Auf der Unterlage des Augapfels zieht er den Tarsus nach hinten und bringt so eine Hebung des Lides hervor. Er wird hierbei etwas unterstützt durch den Müller'schen Muskel, der aus glatten Fasern besteht und vom Sympathicus innervirt ist. Dieser, auch M. tarsalis (superior und inferior) genannt, liegt auf der Conjunctivalseite des betreffenden Lides dicht unter der Schleimhaut, ist nur sehr kurz (am oberen Lide etwa 10 mm, Merkel) und inserirt sich ebenfalls am freien Rande des Tarsus. Seinen Anfang nimmt er am oberen Lide zwischen den Muskelfasern des Lev. palpebr. superioris. Wenn die Lider geöffnet sind, wird in der Lidspalte der vordere Theil des Bulbus sichtbar. Je breiter die Lidspalte ist, um so grösser ist die

freiliegende Partie des Augapfels; das Auge selbst erscheint demnach grösser. Manche Individuen können besonders das obere Lid ungewöhnlich hoch heben. — Beim Lidschlag erfolgt zuerst eine Verengung des äusseren Endes der Lidspalte und somit ein Fortschieben der im Conjunctivalsack befindlichen Flüssigkeit nasenwärts zu den Thränenpunkten hin. Mit dem einfachen Schluss der Lider, wie er im Schlaf eintritt, und ebenso beim Zukneifen, wobei gleichzeitig die anliegende Haut gegen das Auge gezogen wird, pflegt der Augapfel nach oben zu gehen und eine Pupillenverengerung einzutreten.

Die Arterien der Lider stammen meist von der Arter. naso-frontalis der Ophthalmica: die Art. palpebr. mediales super. et infer. ziehen als Endäste lateralwärts, doch sind auch Communicationen mit den Aesten der Maxillaris externa, besonders mit der Art. angularis vorhanden. Das Blut der medialen Seite der Lider wird durch die Vena angularis in die Ven. facialis anterior, an der lateralen Seite durch die Facial- und Temporalvene abgeführt. Die sensiblen Nervenäste der Lider kommen vom N. trigeminus.

1. Erkrankungen des Lidrandes.

I. Blepharitis marginalis.

Der Lidrand ist nicht selten Sitz von Hyperämien oder Entzündungen, ohne dass dabei eine ausgedehntere Betheiligung der benachbarten Partien der Lidhaut stattzufinden braucht.

Hyperaemia marginalis. In einer Reihe von Fällen handelt es sich um eine einfache Röthung, die besonders nach Einwirkung äusserer Reize, beim Gehen in scharfer Luft, in der Kälte oder auch in Folge innerer Erregung und bei Anstrengung der Augen eintritt. Ueber die „rothen Lidränder“ klagen besonders Individuen mit zarter Haut, so vor Allem blondhaarige. Es können dabei intensivere Processe, wie etwa vermehrte Absonderung der Talgdrüsen, Schüppchenbildungen ganz fehlen. Als örtliches Mittel empfiehlt sich die Augendusche, täglich 1 bis 2mal angewendet, und das Bepinseln mit einer Tannin-Borsäurelösung (2% aa) oder 1procentigen Höllensteinlösung Tag um Tag. Auch kühle Bleiwasserumschläge können in Betracht kommen, doch werden sie nicht immer vertragen. Die sonst üblichen Salben (mit gelbem oder weissem Präcipitat, Zinc. oxyd. u. s. w.) pflegen weniger wirksam zu sein. Ferner wird hier wie bei den Lidranderkrankungen überhaupt darauf zu achten sein, ob nicht Refractionsanomalien oder Conjunctiviten die Hyperämie unterhalten; entsprechenden Falls ist dagegen einzuschreiten. Daneben ist der Aufent-

halt in schlechter oder zu kalter Luft, in Tabaksdampf, zu spätes Aufbleiben, langes Lesen bei Lampenlicht und Aehnliches zu vermeiden. Ferner ist die Allgemeinconstitution zu beachten, etwa vorhandene Scrophulose oder Chlorose zu behandeln.

Seborrhoea marginalis (Blepharadenitis, Blepharitis squamosa). Es besteht eine Hypersecretion der Talgdrüsen. Das Sebum erstarrt zu kleinen gelblich-weissen Schüppchen, die auf dem Lidrande und zwischen den Cilien sitzen. Entfernt man sie mit einem beölten Läppchen, so ist die darunter befindliche Haut meist leicht geröthet. Die Patienten haben das Gefühl von Brennen, Jucken und Drücken in den Lidern; bisweilen aber werden sie auch gar nicht belästigt. Später leiden auch die Cilien, sie verlieren ihren Glanz, ihre Biegung und können selbst ausfallen. Die Behandlung besteht neben Berücksichtigung des oben Gesagten in Umschlägen von Lösungen von Liquor plumbi subacetici (Bleiessig) in Wasser oder kaltem Kamillenthee, etwa zweimal täglich 10 Minuten lang, und Anwendung einer auf die Lidränder zu streichenden Salbe. Doch sind vorher die Schüppchen durch Einweichung mit Ol. amygdal. dulcium oder warmem Wasser zu entfernen. Hierauf ist besonders zu achten, da sonst die Behandlung nichts nützt. Häufig wendet man als Lidsalbe an: Hydrarg. oxydat. flav. 0·1, Vaselini 5·0. Dieselbe wird etwa linsengross mit dem Finger auf den Lidrand verrieben, der dann mit einem Leinwandläppchen sanft abgetupft wird, damit nichts in den Conjunctivalsack komme. Man kann die Salbe Abends einreiben und Morgens entfernen, wird aber die Salbe nicht genügend wieder abgewischt, so kommt sie leicht ins Auge und die Patienten klagen über Brennen und Röthung: hier ist dann die Einreibung am Morgen angezeigter, wo keinenfalls die Salbe länger im Auge bleibt. Ausser dem gelben Quecksilber benutzt man auch Hydrarg. praec. alb., Zinc. oxydat., Plumb. acet. (1—2 Procent) in Salben, gelegentlich auch mehrere dieser Mittel miteinander verbunden. Ferner sind mit den Fingern oder einer Cilienpincette (Figur 180) die losen Wimpern, welche reizen und leicht in das Auge fallen, zu entfernen; hiergegen sträuben sich oft die Kranken, weil sie mit Unrecht einen dauernden Verlust derselben befürchten. Derselbe tritt nur ein, wenn durch die lange bestehenden Affectionen ein Uebergreifen auf die Haarwurzeln stattfindet.



180.
Cilienpincette.

Blepharitis ciliaris. Der Lidrand ist Sitz eines Ekzems. Er ist geschwollen, geröthet, nässend und mit dicken gelblichen Krusten besetzt, besonders um die Cilien herum finden sich Excoriationen. Entstehen tiefere Ulcerationen (Blephar. ciliar. ulcerosa), wie bei dem

Eczema pustulosum oder sycomatosum, so ist die einzelne Cilie von einem kraterförmigen Geschwüre umgeben. Löst man die Krusten, so findet sich darunter eine excoriirte, leicht blutende Fläche — im Gegensatz zur einfachen Seborrhoea palpebralis. Auch die Lidhaut ist häufig betheiligt; besonders bei scrophulösen Kindern findet man hier ausgedehntere Ekzeme. Kommt es zur Heilung, so schwinden die Geschwüre zuerst, es bleibt aber noch längere Zeit die Krustenbildung. Die Cilien fallen bei dieser Form zahlreich aus; sie werden kürzer, starrer und trockner. Die Haarwurzel ist stark aufgequollen, bei acuten Processen mit Eiterzellen durchsetzt. Später ist die Marksubstanz bis zur Haarzwiebel hin pigmentirt (Schiess-Gemuseus). Es sei erwähnt, dass von Stieda gelegentlich in den Haarbälgen Acarus oder Dermodex folliculorum gesehen wurde; neuerdings hat Rählmann diesen Befund als einen sehr häufigen nachgewiesen und die Anwendung einer Salbe von 2 Theilen Perubalsam auf 6 Theile Fett dagegen empfohlen.

Wird die Affection vernachlässigt, so verliert schliesslich die Lidkante ihre viereckige Gestalt, wird schmäler, nach der Conjunctiva und Haut hin abgestumpft, roth, verdickt. Die Cilien fehlen, andere sind noch als kleine weissliche Borsten, oft in schiefer Stellung (Trichiasis) vorhanden. Die Conjunctivalschleimhaut hypertrophirt, die äussere Lidhaut schrumpft und es kommt zu einem Ectropium.



181. Weber's Thränenröhrchenmesser.

Oft complicirt sich die Blepharitis ciliaris mit Conjunctivitis. Lange bestehende Blephariten sind immer mit Erkrankungen der Conjunctiva verknüpft (Blepharo-Conjunctivitis), die zu Narbenbildungen in der Schleimhaut führen und gelegentlich auch Entropium veranlassen.

Die Therapie ist eine ähnliche wie die der Seborrhoea marginalis. Laue Blei-Kamillentheeumschläge oder solche von 2proc. Borsäurelösung sind von Nutzen; nur wenn ein Ekzem der Lidhaut besteht, werden sie nicht immer vertragen. Man behandelt dann das Ekzem durch Bepinseln mit Theersalbe (Ol. cadini 1, Vaseline 2), mit der Hebra'schen Salbe (Ung. diachylon) oder mit Höllensteinlösung. Die Lidränder werden sorgfältig von den anhaftenden und vorher erweichten Borken gereinigt und mit einer der oben erwähnten Lidsalben bestrichen. Bei ausgeprägten Ulcerationen ist das Touchiren derselben mit 2proc. Höllensteinlösung oder dem Lapisstift vortheilhafter. Auch das Bepinseln mit Sublimatlösungen (1:1000) ist empfohlen worden. Die locker sitzenden Wimpern werden entfernt. Beginnt die Heilung, so sind die Lidsalben mehr am Platz. Eine gleichzeitig bestehende Conjunctivitis muss ent-

sprechend behandelt werden. Ist, wie nicht selten, der Thränenpunkt des unteren Lides nach aussen gewendet und taucht nicht in den Thränensee, so schlitzt man mit dem Weber'schen Messer (Figur 181) das ganze Thränenröhrchen und hält durch etwaiges neues Aufreissen diese Rinne, deren mediales Ende sich in dem Thränensee befindet, offen. Nicht selten bestehen constitutionelle Anomalien, besonders bei Kindern Scrophulose; dieselben bedürfen einer entsprechenden Berücksichtigung. Selbst wenn Heilung erfolgt ist, lasse man noch Monate lang die Salbe des Abends auf die Lidränder streichen, da grosse Neigung zu Rückfällen besteht.

Ist bereits die Lidkante abgestumpft und verdickt, sind die Cilien zu Grunde gegangen (Madarosis*), so ist von einer Wiederherstellung natürlich nicht mehr die Rede. Die etwa vorhandene Röthung und Verdickung bekämpft man mit Höllensteinbepinselungen; auch bei bereits eingetretenem Ectropium empfiehlt sich diese Behandlungsweise. Gegen letzteres ist unter Umständen operativ — allerdings nicht immer mit Aussicht auf vollbefriedigenden Erfolg — vorzugehen.

Sudamina (Miliaria) in Gestalt von wasserhellen Bläschen finden sich öfters am Lidrande. Bisweilen veranlassen sie ein juckendes Gefühl. Man kann sie durch Anstechen entleeren.

Weiter kommen kleine Wärzchen, die sich leicht abschneiden lassen, ebendort vor. Seltener werden Condylome und syphilitische Ulcerationen am Lidrande beobachtet. Eine gewisse Aehnlichkeit mit letzteren zeigen wegen ihres weisslichen Belages die durch Unvorsichtigkeit gelegentlich auf die Pfleger der Kinder überimpften Vaccinepusteln nach ihrem Platzen: nur einmal habe ich gesehen, dass das geimpfte Kind selbst am Lidrande eine Pustel bekam. Die Affection heilt in der Regel gut und ohne Affection der Cornea.

II. Hordeolum.

Entsprechend dem Sitze einer Talgdrüse oder eines Haarbalges tritt an der äusseren Kante des Lidrandes eine umschriebene Infiltration auf, die zu einer knotenförmigen Verdickung führt. In der Mitte derselben zeigt sich früher oder später ein gelber Eiterpunkt. Man kann eine mit ausgeprägteren Entzündungserscheinungen verknüpfte Form, etwa dem Furunkel der Haut entsprechend (Michel), und eine der Akne ähnliche mildere unterscheiden.

Bei ersterer ist stärkere Hyperämie und ödematöse Durchtränkung der umgebenden Lidhaut vorhanden; sogar das ganze Lid kann an-

* μαδᾶν. ausgehen.

schwellen. Die Conjunctiva wird injicirt und chemotisch. Bisweilen gesellt sich noch eine eitrige Infiltration einer benachbarten Meibomschen Drüse hinzu. Dabei bestehen erheblichere Schmerzen. Doch lässt die umschriebene Infiltration, welche sich durch ihre Härte und Schmerzhaftigkeit zu erkennen giebt, schon früh die Affection von anderen schweren Augenleiden trennen. Am zweiten oder am dritten Tage kommt es zur Eiterung.

Bei der milden Form bildet sich ein kleines, etwa hirsekorn- bis erbsengrosses Knötchen mit gelblichem Eitercentrum.

Zuweilen geben mechanische Irritationen Veranlassung zur Bildung von Hordeola; oft finden sie sich bei sonstiger Blepharitis. Manche Individuen sind besonders von häufig recidivirenden Gerstenkörnern geplagt, meist aber auch nur in gewissen Lebensperioden: so z. B. junge Mädchen in den Entwicklungsjahren.

Die Behandlung besteht anfänglich in lauen Bleiwasserumschlägen; hat sich Eiter gebildet, so wird er durch einen Einstich entleert. Doch kann man die Entleerung auch der Natur überlassen; es scheint sogar, als wenn hierbei die restirende Infiltration kürzere Zeit bestände und weniger intensiv wäre.

Gegen Recidive ist die Anwendung der Augendusche und das Bepinseln mit Höllensteinlösung anzurathen. Auch die sogenannte Lotio Kummerfeld (Camphor. 0,1. Lact. sulfur. 1·0. Aqu. calcar. Aqu. rosar. $\widetilde{aa}$ 10·0. Gummi arab. 0·2), umgeschüttelt des Abends mit einem Pinsel auf die Lidränder getragen, die Schwefelquecksilbersalbe (Hydrarg. sulfurat. rubr. 0,05, Flor. sulfuric. 0,15, Vaselin und Lanolin $\widetilde{aa}$ 2,5) und die rothe Präcipitatsalbe werden empfohlen. Etwaige Refractions- oder Accommodations-Anomalien sind zu behandeln.

III. Distichiasis und Trichiasis.

Treten die Cilien in doppelter Reihe auf dem Lidrande auf, so bezeichnet man den Zustand als Distichiasis (*δίς* doppelt, *στίχος* Reihe), sind sie gegen das Auge schief gewachsen als Trichiasis (*ϑρίξ* Haar). Letztere ist meist Folge von Blepharitis oder Trachom. Es entwickeln sich hier neue Reihen von Cilien auf der intermarginalen Kantenfläche des Augenlides; dieselben erscheinen an ihren Spitzen wie abgebrochen, die Haarzwiebel ist unregelmässig aufgetrieben, atrophisch, häufig stark pigmentirt. Die Farbe der Härchen ist oft verändert, bisweilen sind sie ganz weisslich oder grau, beim Fassen mit einer Pincette brechen sie leicht ab. [Partielle Entfärbungen der sonst normalen Cilien finden sich auch in Folge nervöser Störungen. Ich kenne einen Herrn, bei dem etwa ein Drittel der Brauen, der Cilien und des Schnurrbartes der linken Gesichtshälfte nach Typhus eine weisse Farbe angenommen hat.]

Belästigend wird der Zustand, der häufig mit Entropium verbunden ist, durch das Reiben der Wimpern gegen den Bulbus; Conjunctivitis und vor Allem Hornhautaffectionen (Pannus, Ulcerationen u. s. w.) werden hierdurch verursacht. Es ist daher immer grosse Aufmerksamkeit auf die Stellung der Cilien zu wenden. Man lässt bei der Untersuchung das Lid in seiner normalen Stellung: die falsch stehenden Wimpern werden durch das Eintauchen in Thränenflüssigkeit und auf dem dunklen Hintergrunde der Iris, wenn sie auf der Cornea streifen, am leichtesten erkannt.

Die Behandlung besteht in ihrer Entfernung, sei es temporär oder dauernd. Die Cilien werden mit der Cilienpincette ausgezogen (Epilation). Sind kleinere, leicht abbrechende Cilien mit der Pincette gar nicht zu fassen, so muss man sie mit der Scheere abschneiden oder durch Einreiben mit einer Lösung von Schwefelcalcium zerstören, doch ist hier Conjunctiva und Bulbus durch Einlegen einer Jäger'schen Hornplatte (Fig. 182a) zu schützen. Da die Wimpern wieder wachsen, ist die Entfernung in einiger Zeit zu wiederholen: die Patienten können dies oft allein machen.

Um dauernde Heilung zu erzielen, sind eine Reihe von Operationsmethoden, die zum Theil mit denen des Entropiums zusammenfallen, in Gebrauch.

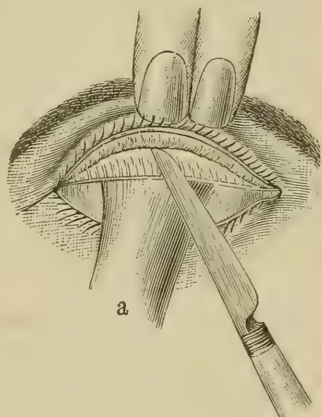
Die Zerstörung der einzelnen Cilien durch Elektrolyse — Einführung des negativen, nähnadelförmigen Poles in die Haarwurzel, positiver Pol mit Schwammelektrode auf die Stirn oder Wange — ist zweckentsprechend, aber schmerzhaft. Man bedarf nur eines verhältnissmässig schwachen constanten Stromes; es entsteht ein feiner Schaum aus der Wurzel des Härchens.

Handelt es sich um einzelne nebeneinander befindliche schiefstehende Wimpern, so kann man sie mit einem feinen, messerähnlichen Galvanocauter ausbrennen. Man legt zu dem Zwecke unter das Lid — wie bei allen Lidoperationen — die Hornplatte oder den Blepharostaten (Fig. 184), zieht den Lidrand etwas ab und theilt die Lidkante wie bei der Flarer'schen Operation (s. unten) in zwei Theile; hierbei treten die Wurzeln der Haare als schwarze Striche und Punkte hervor.

Ist die ganze Lidkante mit schiefstehenden Härchen besetzt, so wird man sich fragen, ob dieselbe erhalten werden sollen oder ob sie so verkrüppelt sind, dass ihre Entfernung besser erscheint. In letzterem Falle kann man nach Flarer den ganzen Lidrand abschneiden. Es bildet sich nach der Heilung eine durchaus glatte Lidkante. Diese Operation, welche übrigens vor der Cauterisation nichts voraus hat, wird folgendermaassen ausgeführt. Man wendet (z. B. am oberen Lide) mit zwei Fingern der linken Hand die Lidkante etwas

nach aussen und oben, sticht mit einem spitzen Scalpell oder gebogenem Lanzenmesser dicht neben dem äusseren Lidwinkel ein und führt längs der ganzen Lidkante nach innen bis in die Nähe des Thränenpunktes einen etwa 2 mm tiefen, d. h. nach oben eindringenden Schnitt, welcher die Lidkante in zwei Platten spaltet, von denen die der Conjunctiva zugewandte den Knorpel, die der Haut zugewandte die Cilien enthält (Fig 182). Durch einen zweiten Schnitt, der durch die äussere Haut etwa 2 mm von der Lidkante entfernt und ihr parallel geführt wird, trennt man alsdann die Lidrandportion mit den Cilien ab. Kuhnt empfiehlt, auf den Defect Lippenschleimhaut zu transplantiren und den Uebergang zwischen ihr und der Haut schwarz — zur Nachahmung der Wimpern — zu tätowiren.

Zur Erhaltung der Wimpern ist die Verlagerung des sie tragenden Lidrandes in verschiedener Weise versucht worden.



182.

Eines der ältesten Verfahren ist das von Jaesche-Arlt'sche. Man spaltet wie bei der Flarer'schen Operation die Lidkante in zwei Platten; alsdann legt man (beispielsweise am oberen Lide) etwa 3 bis 4 mm oberhalb der Lidkante und ihr parallel laufend durch die Lidhaut einen Schnitt, der zu beiden Seiten die Cilien tragende Partie etwas überragt, und 4 bis 6 mm darüber einen zweiten halbmondförmigen, dessen Enden sich mit denen des ersten verbinden. Die so umschriebene halbmondförmige Hautfalte wird excidirt. Durch Vernähung der Ränder, wobei man die durch den unteren Wundrand geführte Nadel in der Nähe der Lidkante aussticht, wird die äussere, Cilien tragende Platte der Lidkante (welche von ihrer Unterlage nicht vollständig getrennt, sondern nur mobil gemacht ist) nach oben gerückt und somit eine Entfernung und Abhebung derselben vom Bulbus erzielt.

Dies Verfahren ist bei einfacher Trichiasis meist ausreichend; ist daneben aber ein Entropium mit Verkrümmung des Tarsus vorhanden, so genügt es in der Regel nicht. Es sind alsdann die entsprechenden Entropiumoperationen (s. unten) angezeigt.

Dem Jaesche-Arlt'schen Verfahren ziehe ich, wenn es sich um eine nicht die ganze Lidkante einnehmende Trichiasis handelt, das von v. Graefe empfohlene vor. Hier wird, wie oben, an der entsprechenden Stelle die Lidkante tief gespalten. Alsdann werden durch die Lidhaut zwei etwa 1 cm lange, senkrechte Schnitte geführt, welche die Enden

der gespaltenen Lidkantenpartie treffen. Löst man nun die Cilien tragende Platte der Lidkante und die von den senkrecht geführten Schnitten begrenzte Haut von ihrer Unterlage, so kann man (beispielsweise am oberen Lide) ein Hinaufrücken dieser Platte dadurch erzielen, dass man die Haut nach oben verschiebt und in dieser Lage durch Nähte befestigt.

Ganz vortrefflich, auch bei Entropium, ist die Verbindung des Intermarginalschnittes mit dem Hotz'schen Verfahren. — Bei letzterem führt man den Hautschnitt längs des oberen Randes des Tarsus, excidirt ein Bündel Orbicularisfasern und näht nun die Wunde so, dass der untere Hautrand mit dem oberen Tarsalrand in Verbindung gebracht wird. Zu dem Zweck werden die Fäden durch obere Hautwunde, Tarsalrand und untere Hautwunde geführt und dann geknüpft. Durch die Befestigung an dem Tarsus-Rande wird der nach oben gerückten Cilienpartie ein festerer Halt gegeben als bei der Jaesche-Arlt'schen Methode. Hotz selbst macht keinen Intermarginalschnitt. — Aehnlich wie er verfährt H. Pagenstecher. Nach Ausführung eines Hautschnittes in der Gegend des oberen Tarsalrandes wird der Orbicularis nach oben und unten hin vom Tarsus gelöst und der zum Orbitalrande hinziehende nächstliegende Theil der Fascia tarsoorbitalis ebenfalls freigelegt. Eine gekrümmte Nadel wird alsdann 1 mm über dem Ciliarrande durch Haut und Muskel gestochen, auf der Tarsaloberfläche nach oben geführt, dann durch eine circa 3 mm der Fascie und der darunter liegenden Levatorsehne umfassende Falte gestossen und schliesslich durch die darüber liegende Hautmuskelschicht geführt. Durch die Verknüpfung des Fadens wird die Levatorsehne verkürzt und nach vorn verlagert und so das Lid gehoben und vom Bulbus abgezogen. Es sind drei solcher Nähte anzulegen.

Noch in anderer Weise ist die Verschiebung der schiefstehenden Cilien versucht worden, indem man nach Ausführung des Intermarginalschnittes, etwa 3 mm vom Lidrande entfernt, einen diesem parallel laufenden Schnitt durch die Haut legte. Oberhalb dieses Schnittes (oberes Lid), etwa 2 bis 3 mm entfernt, wird ein zweiter, ihm parallel laufender Schnitt in gleicher Weise geführt, der nasal- und temporalwärts ihn etwas überragt. Der so entstandene bandförmige Hautlappen wird von seiner Unterlage gelöst, abgeschnitten und unter die Cilien tragende Brücke in den intermarginalen Raum gezogen und dort mit Nähten befestigt; letzteres geschieht darauf auch mit dem nach oben gerückten, die Cilien tragenden Lappen (Watson, Gayet u. A.). Ich halte es für vortheilhafter, um ein Absterben zu vermeiden, den bandförmigen Hautlappen nicht abzuschneiden, sondern über die nach oben gezogene Cilien tragende Brücke in den Intermarginalraum zu schieben

und dort nöthigenfalls mit einer durch den Tarsus gelegten Naht, welche ihn schlingenartig umfasst, festzuhalten. Hiermit habe ich sehr gute Resultate erzielt; die Stellen, an denen innen und aussen die Hautbrücke über dem nach oben gerückten Cilienboden liegt, verdünnt sich sehr bald. Jacobson benutzt zur Transplantation in den Intermarginalschnitt einen von der äusseren Ecke des Lides nach oben in die Schläfenhaut oder nach unten in die Wangenhaut geschnittenen schmalen gestielten Hautlappen; Vossius nimmt diesen Lappen aus der Lidhaut selbst. Da die feinen Härchen der transplantirten Haut aber lästig werden könnten, so empfiehlt sich mehr die Einheilung eines abgelösten Stückchens der Lippenschleimhaut in den breit blossgelegten Intermarginalschnitt (Benson, van Millingen). Um den aus der Unterlippe genommenen Schleimhautlappen (die entstandene Wunde in der Lippe ist zu vernähen) besser festzuhalten, kann man an beiden Enden des Intermarginalschnittes durch die Haut des oberen Lides zwei kleine senkrechte Schnitte führen und hier hinein die Enden des Schleimhautlappens eindrücken. Es ist diese Methode der Transplantation die empfehlenswertheste.

Zur Anästhesirung kann bei allen Lidoperationen die Besprühung mit Aethylchlorid angewandt werden. Subcutane Injectionen nach Schleich verändern durch ödematöse Schwellungen das Operationsterrain.

II. Ankyloblepharon. Blepharophimosis.

Die Verwachsung beider Lidränder miteinander (Ankyloblepharon)*) ist partiell oder total. Sie kommt angeboren oder in Folge von Verletzungen (besonders Verbrennungen) oder schweren Liderkrankungen (Diphtheritis, Lupus u. dgl.) vor. Partielle Verwachsungen, die nicht mit Symblepharon verknüpft sind, lassen sich meist leicht durch einen Scheerenschnitt heilen. Nöthigenfalls ist eine Umsäumung mit Conjunctiva von Nutzen.

Bei der Blepharophimosis ist die Lidspalte an ihrem äusseren Winkel verkürzt. Es kommt dies angeboren vor oder es entwickelt sich die Lidspaltenverengerung nach chronischen Lid- und Conjunctivalerkrankungen (Trachom). Nach Fuchs entsteht sie durch quere Schrumpfung der Lidhaut, wobei eine senkrechte Hautfalte von der Schläfe her über den äusseren Lidwinkel gezogen wird. Die Erweiterung der Lidspalte (Canthoplastik) wird so ausgeführt, dass man den äusseren Lidwinkel mit einer geraden Scheere, deren eine stumpfe Branche

*) ἀγκύλη, Steifheit der Glieder.

zwischen Lidcommissur und Bulbus eingeführt wird, während die andere Branche auf der Haut liegt, in entsprechender Ausdehnung (etwa 4 bis 8 mm) horizontal durchschneidet und die entstandene Hautwunde mit der durchschnittenen und gelösten Conjunctiva mittels Naht umsäumt.

2. Erkrankungen der Lidhaut und des Tarsus.

Die Lidhaut zeigt dieselben Erkrankungen wie die übrigen Hautdecken.

Besonders häufig sind Ekzeme, welche bei scrophulösen Kindern die eigentlichen Augenaffectionen compliciren. Bedenklich ist die ulceröse Blepharitis, welche sich aus einem pustulösen Ekzem entwickelt. Die Ulcera haben bisweilen diphtheritischen Belag und können, wenn sie in der Nähe des Lidrandes sitzen, Anlass zu diphtheritischen Infiltrationen der Conjunctiva geben. Die Behandlung geschieht vortheilhaft mit Ung. diachylon Hebrae, das auf Leinwand gestrichen, und, wenn es der Zustand des Auges erlaubt, mit einer Binde befestigt wird. In ähnlicher Weise wirken 1procentige Salben von Zinc. oxydat. oder Hydrarg. praecipat. alb. oder auch Theersalben (1 : 4). Bei diphtheritisch belegten Geschwüren wende ich Höllensteinlösungen an.

Mit dem Lid-Erysipel verknüpfen sich öfters Entzündungen des Orbitalfettzellgewebes, die theils direct auf den Opticus übergreifen und eine Neuritis bezw. Atrophie veranlassen, theils das Auge indirect schädigen, indem sie durch Compression der Gefässe eine Thrombose der Retinalvenen und Unterbrechung der arteriellen Zufuhr (mit Apoplexien der Netzhaut [Knapp]) herbeiführen.

Phlegmone der Haut kommt gelegentlich nach Infection durch thierische Gifte (Milzbrand), nach Insectenstichen u. s. w. vor; es bilden sich meist unter Fieber eine oder mehrere eitrige Pusteln, das Lid schwillt stark an und röthet sich. Auch habe ich diese Entzündung bei alten Leuten in Folge von Druckverband mit feuchten Sublimatcompressen auftreten sehen. Ferner geben Traumen gelegentlich Veranlassung. In leichteren Fällen erfolgt unter lauen Borwasserumschlägen die Abschwellung, in anderen kommt es zu tiefen Eiterungen mit Hautgangrän, Schwellung der Halslymphdrüsen und Abscedirungen in der Halsgegend, selbst zum Exitus letalis. Einfache Furunkelbildungen sind selten; häufiger beobachtet man bei Kindern Abscesse in der Lidhaut.

Der Herpes Zoster im Gebiete der in der Nähe des Auges verlaufenden Trigeminus-Aeste wird als Herpes Zoster ophthalmicus (Hutchinson) bezeichnet. Dem Ausbruch der Blasen gehen heftige neuralgische Schmerzen voran. Die Blasen stehen gruppenweise auf gerötheter Haut, indem sie den Ausbreitungen der Nerven-Aeste folgen

und scharf in der Mittellinie des Gesichtes abschneiden. Der anfänglich wasserhelle Inhalt trübt sich bald, es bilden sich Krusten und später Geschwüre, die dauernde Narben zurücklassen. Der Process spielt sich in circa 3 Wochen ab. Oft betheiligt sich die Cornea, indem theils wasserhelle Herpesbläschen auftreten, theils Infiltrate. Die Behandlung ist eine symptomatische, die Haut wird mit Oelläppchen oder Streupulver bedeckt. —

Bei der Chromhidrose entstehen dunkelbläuliche Flecke an den Lidern: entfernt man die farbige Substanz, so erscheint sie nach einiger Zeit wieder. Besonders bei jungen Mädchen wurde diese Affection, die allerdings in einer Reihe von Fällen als Product künstlicher Färbung sich herausstellte, beobachtet.

Oedem der Lidhaut tritt äusserst selten primär, meist in Verbindung mit anderen Augen- und Lid-Affectionen auf: so bei Blennorrhoe oder Diphtheritis conjunctivae, Panophthalmitis, Orbital-Phlegmone, Periostitis orbitae, Periostitis der Oberkiefer-Zähne, Thrombose des Sinus cavernosus, Hordeolum, Chalazion, Dakryoadenitis, Dakryocystitis, Furunkel, Milzbrandpustel, Lidabscess. Auch nach Einspritzungen in den Thränensack, falls etwas Flüssigkeit in das submucöse Gewebe geräth, beobachtet man es. Ebenso kommt Oedem bei Influenza und Trichinose vor. Das Oeffnen der Lider nöthigenfalls unter Zuhülfenahme eines Desmarres'schen Elevateurs klärt darüber auf, ob der Bulbus oder die Conjunctiva betheiligt ist. Nichtentzündliche Lidödeme sieht man, besonders oft Morgens nach dem Schlaf, bei Anämischen, bei Nieren- oder Herzkranken. — Hämorrhagien finden sich besonders nach Traumen. Wenn der Bluterguss in Folge von Fracturen der knöchernen Schädelbasis erfolgt, so pflegt er sich zuerst an der Conjunctiva bulbi und dann erst unter der Lidhaut zu zeigen. Auch nach Stickhustenanfällen habe ich Blutergüsse unter der Haut gesehen.

Lidemphysem entsteht bisweilen nach Brüchen der knöchernen Nasenwand oder des Sinus frontalis, wobei Luft von der Nase her in das orbitale oder subcutane Zellgewebe gelangt. Die Heilung erfolgt in der Regel schnell. —

Der Tarsus ist häufig der Sitz chronischer Entzündungen, die sich zum Conjunctivaltrachom hinzugesellen. Es tritt hier besonders Verdickung und Verkrümmung des Tarsus ein. Auch Amyloiddegeneration wird beobachtet.

Die syphilitische Tarsitis befällt meist beide Lider gleichzeitig und geht unter Schwellung des Lides, die auf die Verdickung des knorpelharten Tarsus zurückzuführen ist, einher. Die Lidhaut ist venös injicirt, die Conjunctiva meist hypertrophirt. Der Verlauf ist sehr langsam, doch kann vollkommene Heilung eintreten.

I. Chalazion.

Beim acuten Chalazion zeigt sich die Lidhaut in der Nähe des Lidrandes geröthet und geschwellt. Man fühlt daselbst eine umschriebene Härte etwa von Erbsengrösse. Bei sehr starker Entzündung ist das Lid in seiner ganzen Ausdehnung afficirt; es wird dann schwerer beweglich, ödematös und kann, wenn es sich um das obere Lid handelt, herabhängend das Auge decken. Die Conj. bulbi ist öfters chemotisch. Kehrt man das Lid um, was aber besonders dann, wenn das Hagelkorn in den Lidwinkeln sitzt, nicht immer in ausgiebiger Weise möglich ist, so sieht man eine umschriebene, kleine, meist gelbliche Hervorragung der Tarsalschleimhaut, entsprechend dem Sitze der Meibom-schen Drüsen. Incidirt man dieselbe, so entleert sich eitrige Flüssigkeit.



183. Schmidt-Rimplers's Löffel-Messer.

Die differentielle Diagnose sehr acuter Chalazien gegenüber dem Anfangsstadium der acuten Blennorrhoe ist bereits bei letzterer besprochen worden.

Das chronische Chalazion ist eine linsen- bis über erbsengrosse Geschwulst, die, unter der intacten Haut sitzend, mit dem Tarsus verschieblich ist. Entzündet sich die Geschwulst, so wird die Haut darüber ebenfalls etwas geröthet. Beim Ektropioniren des Lides sieht man an der entsprechenden Stelle eine Hervorragung, bei deren Einschnitt sich eine gelatinöse, bisweilen auch eingedickte käsige Masse entleert. Nach dem Einstich oder der spontanen Perforation können in seltenen Fällen rothe Wundgranulationen aus der Oeffnung hervorwachsen. Häufig entsteht das chronische Chalazion, nachdem ein acutes vorangegangen war; bisweilen entwickelt es sich auch ohne acutes Stadium. Ausnahmsweise sitzen an demselben Lide mehrere derartige Geschwülste.

Den Ausgangspunkt des Chalazion bildet eine Ernährungsstörung in einer Meibom'schen Drüse mit Secretionsretention und Entzündung des umliegenden Binde- und Tarsusgewebes. Angrenzendes Bindegewebe, Muskelfasern und verdünnter Tarsus stellen eine Art Kapsel dar (de Vincentiis, Fuchs).

Die Behandlung besteht beim acuten Chalazion ganz im Anfang und bei starker Entzündung in kalten, später in lauen Umschlägen von Borsäurelösung oder Bleiwasser. Zeigt sich beim Ektropioniren an der Tarsalfläche die beschriebene Hervorragung, so wird in dieselbe mit dem Messer (den Rücken desselben gegen den Bulbus gekehrt) ein

Einstich gemacht und der Inhalt entleert. Auch beim chronischen Chalazion ist die Entleerung durch Einstich von der Conjunctiva aus in der Regel indicirt; um den oft zähen und breiigen Inhalt herauszupressen, übt man mit dem Scalpellstiel einen stärkeren Druck auf die Lidhaut aus. Auch durch Eingehen mit einem kleinen Löffel kann ausgiebige Entleerung erreicht werden. Ich habe mir zu dem Zweck ein kleines Messerchen, ähnlich einem zugespitzten und zugeschärften Daviel'schen Löffel anfertigen lassen, mit dem man den genannten Indicationen nachkommen kann (Figur 183). Gleich nach der Entleerung tritt eine seröse oder blutige Ansammlung in der Chalazionkapsel ein, welche in den nächsten Tagen ein Wiederanschwellen der Geschwulst veranlasst; allmählich aber erfolgt eine zunehmende Verkleinerung, nur die Kapsel bleibt noch lange fühlbar. Will man letztere entfernen oder handelt es sich um sehr grosse, dicht unter der Haut liegende Chalazien, so exstirpirt man sie durch einen horizontalen Hautschnitt. Zertheilende Einreibungen (Jodsalbe u. s. w.) sind ohne vorherige Eröffnung in der Regel nutzlos.

Einfache Infarcte der Meibom'schen Drüsen, die bisweilen verkalken, zeigen sich als gelbliche Punkte oder Striche auf der inneren Lidfläche. Sie kommen besonders bei älteren Personen vor. Ihr Inhalt kann durch Einschnitt entleert werden, da bisweilen Reizungen von ihnen ausgehen. Aehnliche gelbe Pünktchen sieht man zuweilen in der Uebergangsfalte; nach Fuchs handelt es sich um Concremente in neugebildeten schlauchförmigen Drüsen.

II. Geschwülste.

Das Milium findet sich als etwa stecknadelkopfgrosses, weisses Korn nicht selten in der Lidhaut. Der talgartige Inhalt wird nach einem kleinen Einstich entleert.

Xanthelome treten in der Regel in der Form von unregelmässig begrenzten, etwas prominenten Flecken, die eine gelbliche bis bräunliche Färbung haben, in der Lidhaut auf. Es handelt sich um Bindegewebshyperplasie und Fettdegeneration (Waldeyer, Manz). Ist die Geschwulst klein, so kann sie leicht excidirt werden, ohne die Entstehung von Ectropium zu veranlassen.

Ferner kommen nicht selten Naevi und Teleangiektasien angeboren vor. Mit den schwarzbraunen Naevi an den Lidrändern sind nicht selten bräunliche Flecke in der Conjunctiva verknüpft. Wenn sie nicht zu gross sind, entfernt man sie durch Exstirpation; doch achte man darauf, dass kein Ectropium entsteht. Bei Teleangiektasien wendet man mit Vortheil den Galvanocauter an; für grössere ist die subcutane Einführung oder die Elektrolyse zu empfehlen. Die eigentlichen cavernösen Geschwülste entstehen meist erst nach der Geburt im jugendlichen Lebensalter.

Sonst verdienen noch Warzen, Hauthörner, Mollusken (M. simplex; bis erbsengrosse, öfters gestielte, gelblich gefärbte Ausdehnung der Talgdrüsen; M. contagiosum eine rundliche Geschwulst mit abgeplatteter Oberfläche und centraler Vertiefung, aus der sich bei Druck eine talgartige Masse entleert: diese Geschwülste kommen auch am Lidrande vor), ferner Atheromcysten (vorzugsweise im äusseren Winkel unter dem oberen Lide sitzend), Lepraknoten, Lipome, Fibrome, Angiome, Sarkome und Epitheliome der Lider besonderer Erwähnung. Letztere treten besonders gern an einem Winkel, gewöhnlich dem inneren, des unteren Lidrandes und zwar in Geschwürsform mit infiltrirten Rändern (Ulc. rodens) auf. Der Verlauf ist ein sehr langsamer, wobei öfters eine partielle Vernarbung beobachtet wird. Bei längerem Bestehen geht die Infiltration auch auf den Bulbus und das Orbitalgewebe über. Eine frühzeitige und reine Exstirpation kann dauernde Heilung erzielen.

3. Stellungsanomalien.

I. Entropium.

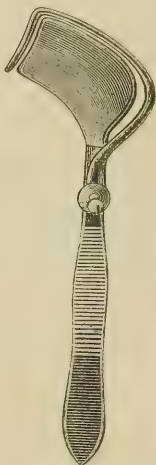
Beim Entropium ist die Lidkante nach innen gekehrt, etwa vorhandene Wimpern berühren den Bulbus. Diese Stellungsveränderung ist entweder Folge einer krampfhaften Contraction der dem Lidrande nächstgelegenen Fasern des M. orbicularis (Entropium spasticum) oder Folge von Narbenschrumpfung der Conjunctiva und muldenförmiger Einwärtskehrung des Tarsus.

Die erstere Form findet man fast nur am unteren Lide, besonders häufig bei älteren Individuen (Entrop. senile), wo ihr Auftreten durch Erschlaffung der Haut unterstützt wird. Auch längere Anwendung des Druckverbandes ruft sie hervor, ebenso sieht man sie zuweilen bei acuten Augenentzündungen. Zieht man mit dem Finger das Lid ab, so nimmt die Lidkante momentan ihre normale Stellung wieder an.

Die Behandlung kann sich in Fällen, wo das Entropium durch den Druckverband oder eine Entzündung veranlasst ist, darauf beschränken, durch einen von oben nach unten verlaufenden Streifen englischen Heftpflasters, der unter dem Lidrande beginnt und diesen nach aussen ziehend auf der Wange endet, das Lid richtig zu stellen: um dem Pflasterstreifen grössere Befestigung zu geben, wird er mit Collodium bepinselt. Energischer ist die Wirkung, wenn man von der unteren Lidhaut eine horizontal verlaufende Falte hoch hebt, diese mit einer eingefädelten Nadel von oben nach unten — etwa in 1·5 cm Ausdehnung — durchsticht und den Faden über der Falte zusammenknüpft und abschneidet.

Auch beim Entropium senile ist diese Fadenoperation anwendbar, aber

in der Weise modificirt, dass man den Faden so lange liegen lässt, bis die Wunde eitert. Um ein Einschneiden desselben zu vermeiden, knüpft man ihn auf einer Heftpflasterrolle oder auf einer Perle, durch welche das eine Fadenende gezogen wird. Meist legt man hier zwei solcher senkrecht verlaufender Fäden in einigem Abstande voneinander durch die Hautfalte (Gaillard'sche Ligaturen). Auch durch horizontale, ovale Hautausschnitte oder bei Blepharophimose durch die Canthoplastik kann man Heilung erstreben. v. Graefe legte bei Entropium des unteren Lides, etwa 3 mm vom Lidrande entfernt, einen diesem parallelen Hautschnitt, der aber von den Lidcommissuren beiderseits etwa 4 mm entfernt bleibt. Der mittlere Theil dieses Schnittes bildet die Basis eines nach unten gerichteten, zu exstirpirenden Hautdreieckes, dessen Seiten nach Lockerung der anliegenden Haut zu einer senkrecht verlaufenden Wundlinie zusammengenäht werden. Einfacher und sehr empfehlenswerth beim Entropium spasticum ist die schräge Blepharotomie (Stellwag). Man macht hier dicht neben dem äusseren Lidwinkel einen kleinen, durch die Lidkante (schräg nach dem Ohrzipfel hin gerichtet) gehenden Scheerenschnitt, welcher die Randfasern des Orbicularis trennt. Die Heilung erfolgt in der Regel glatt, und man sieht nachher kaum eine kleine Einkerbung; doch ist der Erfolg nicht immer dauernd.



184.

Die von Schneller angegebene Methode der Unterheilung eines Hautstückes, welches als Keil wirkend den orbitalen Theil des unteren Lides einwärts drückt und so den Lidrand vom Bulbus abwendet, habe ich mit einer Modification auch öfters mit Nutzen angewandt. Ich führe den ersten unteren, fast horizontalen Hautschnitt in der Höhe des orbitalen Knochenrandes, 3—4 mm darüber den zweiten etwas convex nach oben gerichtet, so dass er mit dem ersten an den Enden zusammenstösst. Nun lockert man nach oben und unten die Haut mit dem darüberliegenden Orbicularis und vernäht dann die Wunde über dem stehengebliebenen, an der Oberfläche leicht abgekratzten Hautstück.

Handelt es sich um Entropium in Folge von Tarsusverkrümmung, so muss eine gleichzeitige Stellungsverbesserung des Tarsus operativ erstrebt werden. Um Blutungen zu vermeiden, bedient man sich hier statt der einfachen Hornplatte meist des Blepharostaten (Snellen, Knapp), bei dem eine Art Klammer die Lidhaut gegen die zwischen Conjunctiva und Bulbus liegende Hornplatte drückt (Figur 184).

Berlin hat ein einfaches und brauchbares Verfahren angegeben. Man führt durch das obere Lid, etwa 3 bis 5 mm oberhalb der Wimpern,

einen dem Lidrande parallelen Schnitt, der Haut, Muskel, Tarsus und Conjunctiva durchschneidet. Durch Zurückschieben der oberen Hautwunde legt man den Tarsus bloss und schneidet aus ihm und der Conjunctiva ein horizontales, etwa 2 mm hohes Band längs der ganzen Wunde heraus. Alsdann vereinigt man die Hautwunde durch Nähte. Jacobson durchschneidet ebenfalls Haut, Muskel, Tarsus und Conjunctiva, ohne jedoch vom Knorpel etwas zu entfernen, und näht dann nach Excision einer halbmondförmigen Hautfalte mit tiefgehenden, durch den Intermarginalrand geführten Nähten die Wunde zusammen.

Snellen's Verfahren ist etwas complicirter. Nach Anlegung eines 3 mm vom Lidrande entfernten und ihm parallelen Hautschnittes wird die darunter liegende Orbicularismusculatur in circa 2 mm Höhe excidirt, dann durch Zurückschieben der Tarsus ganz frei gelegt. Aus letzterem schneidet man ein keilförmiges Stück (Basis nach aussen, Kante der Conjunctiva zu) längs der ganzen Hautwunde heraus. Darauf wird durch den oberen Theil des Tarsus ein Faden gelegt, der mit zwei Nadeln versehen ist. Die Schlinge kommt in den Tarsus, während die Enden des Fadens durch die an die Cilien grenzende Hautpartie gehen und dort über einer Perle verknüpft werden. Es sind 2 bis 3 solcher Nähte anzulegen. Die Methode von Streatfield ist ähnlich. — Auch lineare Cauterisationen mit dem Thermocauter etwa 4 mm vom Lidrande entfernt durch Haut und Muskel bis in den Knorpel dringend, sind sehr empfehlenswerth. Weiter können in einer Reihe von Fällen die gegen Trichiasis angegebenen Operationen, besonders die Hauttransplantation in den getrennten Lidrand, von Nutzen sein; Rückfälle kommen aber gelegentlich bei allen Methoden vor.

II. Ectropium.

Beim Ectropium*) ist das Lid nach aussen gekehrt, die Conjunctiva liegt zu Tage, theils in der ganzen Länge des Lidrandes, theils nur an einer umschriebenen Partie. Hierdurch wird neben der unangenehmen Entstellung ein dauernder Reizzustand des Auges unterhalten, zumal auch die Thränen nicht mehr durch den Thränenpunkt, der absteht, in den Thränensack geleitet werden. Am häufigsten ist das untere Lid befallen. Wenn das Ectropium durch acute Hypertrophirung der Conjunctiva (Ectropium sarcomatosum), so z. B. bei Blennorrhoen, zu Stande kommt, pflegt es mit der Abschwellung der Schleimhaut zurückzugehen.

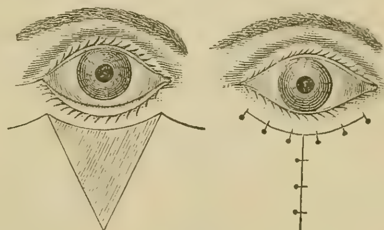
---

* Deutsche Heerordnung. § 9. Abs. 2. Landsturm bez. dauernd untauglich. Anlage 4. 7 a. Umkehrung eines oder beider Augenlider nach innen oder aussen, narbige Entartung der Augenlidbindehaut, Mangel der Wimperhaare und Einwärtskehrung derselben, ausgedehntere Verwachsung der Lidbindehaut mit der des Augapfels oder der Hornhaut. — Vgl. S. 69.

Durch Scarificationen und Anlegung eines Druckverbandes nach Reposition des Lides wird die Heilung beschleunigt.

Eingreifendere Heilverfahren bedürfen in der Regel die Ektropien, welche nach chronischer Blepharitis marginalis, Trachom (Ectropium spasticum), nach Verletzungen mit folgender Hautnarbe, Caries, bei Fistelöffnungen in Folge von Empyem des Sinus frontalis, Lupus, nach einer in Folge von Ekzem auftretenden Lidhautverkürzung (Narben-Ectropium) oder auch bei Schwäche der ciliaren Theile des Orbicularis auftreten (Ectropium paralyticum). Letztere beiden Momente verursachen besonders bei älteren Individuen öfters ein Ectropium (Ectropium senile).

Leichtere Fälle können ebenfalls durch einen längere Zeit hindurch angelegten Druckverband zurückgebracht werden. Taucht der untere Thränenpunkt nicht in den Thränensee, so ist das Thränenröhrchen aufzuschlitzen. Bei Narbenektropien, wo, wie z. B. nach Caries, die Haut mit dem Knochen durch Bindegewebsstränge verbunden ist, hat Dieffenbach die Hautnarbe in Form eines gleichschenkligen Dreiecks, dessen Basis dem Lidrande parallel läuft, excidirt und dann nach Unterminirung der angrenzenden Haut die äussere und innere Seite des Dreiecks durch Naht vereinigt (Figur 185).



185.

Nach Wharton Jones umschneidet man die Narbe durch zwei Schnitte, welche vom inneren und äusseren Lidwinkel beginnend nach unten convergiren, so dass die umschnittene, aber nicht excidirte Haut durch zwei ähnliche Schnitte wie in Figur 185 die schraffirte Partie begrenzt ist. Alsdann löst man die Haut von ihrer Unterlage ab, schiebt sie in die Höhe, reponirt das Ectropium und näht den unter der Hautspitze entstandenen Defect zu einer senkrecht verlaufenden Wunde zusammen. Schliesslich werden auch die Seiten des beweglich gemachten Lappens mit der angrenzenden Haut vereinigt.

Bei grösseren Substanzverlusten sind plastische Operationen aus der angrenzenden Stirn-, Schläfen- oder Wangenhaut angezeigt, oder auch die Transplantation abgelöster Hautlappen (Reverdin) oder kleiner, dünner Epidermisstückchen (Thiersch, Eversbusch), die dachziegelförmig übereinander geschichtet den Defect decken. Ueber letztere wird Guttaperchapapier und ein feuchter Sublimatverband gelegt.

Die Form des Ectropiums des unteren Lides, welche als Folge von Blepharitis auftritt, ist z. Th. auch durch Hautverkürzungen und

Schrumpfungen bedingt, die sich auf die beständige Befeuchtung der Lidhaut durch überfliessendes Secret zurückführen lassen. Hier ist eine dauernde Befettung mit Oleum amygd. dulcium oder Vaselin angezeigt, sowie Bekämpfung von etwa bestehenden Ekzemen. Als einfachste operative Methode empfiehlt sich die von Snellen angegebene Fadenoperation. Man führt durch die beiden Enden eines Fadens je eine Nadel; die Mitte des Fadens kommt in einer Ausdehnung von etwa 5 mm horizontal auf die ektropionirte Schleimhaut zu liegen, während jede der Nadeln hinten durch die Conjunctiva gegeführt und dann unter die Haut bis in die Nähe des Orbitalrandes fortgestochen wird; hier sticht man sie aus. Die beiden Fadenenden werden auf einer durchbohrten Perle auf der Haut zusammengeknotet; durch den hierbei vermittels der Fadenmitte auf die Conjunctiva geübten Druck wird das Ectropium reponirt. Solcher Fäden werden in einiger Entfernung zwei bis drei angelegt. Man lasse sie so lange liegen, bis ausgeprägte Eiterung eingetreten ist, vermeide aber ein Durchschneiden der Haut. In Folge der Eiterung bilden sich Bindegewebsstränge, welche eine dauernde Richtigstellung bewirken können. Jedoch reicht dies Verfahren nur für leichte Fälle aus.

In etwas anderer Weise wendet Fukala die Nähte an. Er macht 10 mm unter dem unteren Lidrande einen horizontalen Schnitt, der Haut und Muskelschicht trennt und löst beide bis zur Lidkante hin vom Knorpel. Dann wird eine Nadel 4 mm unter dem Lidrande durch Haut und Muskelschicht gestochen, auf dem Knorpel zum Lidrande geführt und hier durch den Knorpel zur Conjunctiva durchgestochen. In einem wagerechten Abstande von 3 mm erfolgt dann die Zurückleitung der Nadel in gleicher Weise zur Haut, wo die Knotung der beiden Faden-Enden erfolgt. Nach Anlegung zweier weiterer Nähte wird die Hautwunde geschlossen.

Adams schnitt aus der ganzen Dicke des ektropionirten unteren Lides ein keilförmiges Stück aus, dessen Basis in der Lidkante liegt und in seiner Grösse der durch das Ectropium veranlassten Lidverlängerung entspricht. Die entstandene Wunde wird durch tiefgreifende Nähte geschlossen. Da bei nicht gut erfolgender Heilung ein Lidcolobom entstehen kann, excidirt Kuhnt den Keil nur aus der Bindehaut und dem Knorpel (sehr empfehlenswerth!), während v. Ammon den bezüglichen Keil am äusseren Lidwinkel in der Verlängerung der Lidspalte ausschneidet.

In anderen Fällen ist die Tarsoraphie von Nutzen. Durch dieselbe wird die Lidspalte verkleinert, indem man neben der temporalen Commissur die Ränder, sowohl am oberen als am unteren Lide, in einer Ausdehnung von etwa 4 mm abträgt und durch Nähte vereinigt.

Besser ist es, ein kleines dreieckiges Hautstück abc, dessen eine Seite ab die Verlängerung der Lidspalte von dem äusseren Lidwinkel nach aussen-oben hin ist und dessen Spitze c sich nach unten richtet, aus der Schläfenhaut zu exstirpiren und nun nach Abtragung des temporalen Endes des Lidrandes am unteren ektropionirten Lide und nach Unterminirung der anliegenden Haut den wund gemachten Lidrandtheil so nach oben-aussen zu verschieben, dass das früher dem Lidwinkel entsprechende Ende a nach b zu liegen kommt und dort durch Naht befestigt wird (v. Graefe).

Bei grossen Ektropien des unteren Lides, bei welchen viel überschüssige Conjunctiva nach aussen liegt, verfährt man am besten so, dass man die nach aussen gekehrte Schleimhaut durch zwei parallel laufende Schnitte mit dem Messer abschneidet, dann am äusseren und inneren Lidwinkel zwei senkrechte Schnitte nach unten durch das Lid, etwa 1 ½ cm lang, durch Haut und Muskel führt und diesen Hautmuskellappen vom Tarsus löst. Der Lappen wird nun durch eine laterale Tarsoraphie, eventuell mit Ausschneiden eines kleinen temporalen Hautdreiecks, wie oben beschrieben, in die Höhe gezogen und durch entsprechend geführte Nähte (tiefer im Lappen, höher im lateralen Wundrande liegend) die Vereinigung der beiden senkrechten Längsschnittwunden bewirkt. Der horizontale Wundrand der Conjunctiva wird durch Fadenschlingen, welche etwas unterhalb des durch obiges Verfahren in die Höhe gezogenen Lidrandes mit ihren Enden auf die äussere Haut geführt und dort über einer Perle geknüpft sind, mit der Innenfläche des Hautmuskellappens vernäht. Bei weniger starkem Ectropium kann man die senkrechten Längsschnitte fortlassen und nur durch submusculäre Lösung des Hautmuskellappens mit Tarsoraphie ein Höherrücken des unteren Lides erzielen. Dieses Verfahren nützt noch in manchen Fällen, in denen man sonst nicht zum Ziele kommt.

III. Blepharospasmus.

Krampfhafte Contractionen des Orbicularis bewirken den Verschluss des Auges; bisweilen ist der Krampf so heftig und andauernd, dass längere Zeit hindurch trotz Aufbietens aller Willenskraft das Oeffnen unmöglich ist. Sind die Krämpfe klonisch, so erscheinen sie unter der Form des Blinzeln (Nictitatio), das sich besonders bei Kindern, welche an Conjunctivitis leiden oder gelitten haben, findet.

Am häufigsten sieht man Blepharospasmus symptomatisch bei entzündlichen Augenaffectionen, so vorzugsweise bei scrophulösen Kindern mit phlyktänulärer Ophthalmie und Photophobie. Nur in seltenen Fällen bleibt er nach Heilung des Augenleidens noch bestehen. Als sympathische Neurose bei Iridocyklitis hat ihn Donders beschrieben; ausnahmsweise wurde auch nach einem Stoss gegen das Auge ein Fall von dauerndem Blepharospasmus beobachtet (Schenkl).

Die Behandlung richtet sich in erster Linie gegen das Augenleiden (siehe das Kapitel Conjunctivitis phlyctaenulosa). Häufig werden antiscrophulöse Medicamente am Platze sein. —

Auch ohne Augenaffection kommt Blepharospasmus vor. Vorzugsweise werden nervöse oder hysterische Individuen befallen; besonders bei älteren Individuen ist er nicht selten. Oft breiten sich die Muskelzuckungen über die gleichseitige Wange und Mundgegend aus. Bisweilen sind es sensible Zahn- und Gesichtsnerven, von denen aus der Krampf reflectorisch hervorgerufen wird. Ein Druck auf den betreffenden Nerven (N. supraorbitalis, infraorbitalis, temporalis, alveolaris u. s. w.) unterbricht alsdann den Krampf sofort. Man kann durch wiederholte Injectionen von Morphium oder besser Eucain in die Druckstelle und Anwendung des constanten Stromes hier öfters Heilung erzielen. Schlimmsten Falles wird man die subcutane Durchschneidung des betreffenden Nerven machen (A. v. Graefe). Doch hat auch diese nicht immer einen dauernden Erfolg; nach einiger Zeit kann der Krampf von Neuem auftreten, indem sich wieder neue Druckpunkte (oft müssen mehrere zu gleicher Zeit comprimirt werden) zeigen, die ihn heben. Einer Hysterischen, die schliesslich nach Jahren auch epileptiforme Krämpfe bekam, wurden auf diese Weise in der Graefe'schen Klinik ungefähr sämmtliche sensible Gesichtsnerven nach und nach durchschnitten.

In Fällen, wo Druckpunkte fehlen, werden die Mittel, welche gegen Hysterie oder Nervosität im Allgemeinen ankämpfen, angezeigt sein; örtlich ist Elektricität anzuwenden: doch sind bei älteren Personen diese Mittel meist ohne dauernden Erfolg. In leichteren Fällen, vorzugsweise wenn Lichtscheu den Krampf hervorruft, kann man das zeitweise Einlegen eines Sperrelevateurs, kalte Augenduschen oder Eintauchen des Gesichts in kaltes Wasser mit Aussicht auf Erfolg versuchen. —

Ueber unangenehme Bewegungen, besonders im unteren Lide, die auf klonischen Contractionen einzelner Fasern des Orbicularis beruhen, wird nicht selten von sonst gesunden Individuen Klage geführt. Zu gewissen Zeiten tritt dieselbe so häufig auf, dass man fast an ein epidemisches Vorkommen der Affection denken könnte. Nach einigem Bestande verlieren sich diese Zuckungen in der Regel von selbst.

IV. Ptosis. Lagophthalmus.

Das Herabhängen des oberen Lides (Ptosis)* kann einfach mechanisch zu Stande kommen. So als Folge einer vermehrten Schwere desselben (bei Blennorrhoen der Conjunctiva, Trachom u. s. w.), oder auch, weil die genügende Unterlage, auf der die Hebemuskeln das Lid

---

* πίπτειν, fallen.

in die Orbita zurückziehen, fehlt (so bei phthisischem Bulbus oder nach Enucleation desselben). Der Grad dieser Ptosis ist sehr verschieden; ein geringes Herabhängen des Lides findet sich bei sehr vielen Augenaffectionen. Die Kranken pflegen gern von einem Kleinerwerden des Auges zu sprechen.

Eine besondere Art von Ptosis entsteht öfters im Alter, indem die horizontale Lidfalte des oberen Lides sich, da ihre frühere straffe Verbindung mit dem Tarsus gelöst ist, über die Lidkante herablegt. Ebenfalls zum Herabhängen der Haut des oberen Lides giebt der Zustand Anlass, den Fuchs als Blepharochalasis (*χάλασις*, Erschlaffung) beschrieben hat: hier ist meist in Folge von recidivirenden Oedemen die Haut schlaff geworden und zeigt eine Menge kleiner Fältchen, die wie zerknittertes Cigarrettenpapier aussehen. In einem Falle, wo bei einem jungen Mädchen beide oberen Lider ein ähnliches Aussehen boten, konnte ich bei der Operation feststellen, dass der M. orbicularis ein Loch hatte, durch das sich mit der Fascie bedecktes Orbitalfett hervorgedrängt hatte (Fetthernie). —

Zu trennen von diesen Formen ist die Ptosis in Folge von Lähmung der betreffenden Musculatur: also des Levator palpebrae superioris oder des Müller'schen Muskels. Die Ptosis ist ausgeprägter, wenn der Levator gelähmt ist; bei vollständiger Paralyse desselben fällt das Lid bis über die Pupille, so dass die Patienten es, um sehen zu können, mit dem Finger in die Höhe heben müssen. Meist sind noch andere Aeste des Oculomotorius in Folge centraler Erkrankungen befallen, jedoch kommt auch isolirte Ptosis bei Tabes und progressiver Paralyse vor. In selteneren Fällen hat man allmählich sich entwickelnde und fortschreitende doppelseitige Ptosis — beim Fehlen aller sonstigen Lähmungen — beobachtet, die Folge einer primären Atrophie des Levators war (Goldzieher, Fuchs).

Das geringere Herabsinken des Lides, welches wir bei Lähmung des Müller'schen Muskels finden, ist oft mit Miosis combinirt; dieser sogenannte Horner'sche Symtomencomplex tritt in der Regel einseitig auf und ist auf eine Affection der Sympathicusfasern zurückzuführen. Dass öfters auch Tensionsabnahme und reelle Verkleinerung des Bulbus hierbei besteht, wurde in dem Kapitel Ophthalmomalacie erwähnt.

Schliesslich kommt Ptosis, einseitig und doppelseitig, auch angeboren vor. Häufig ist hiermit eine Schwäche des Rectus superior und Obliquus inferior verknüpft, wie man aus dem Zurückbleiben des Auges beim Blick nach oben ersehen kann. In einzelnen Fällen wurde eine Mitbewegung des hängenden Lides bei dem Oeffnen und seitlichen Verschieben des Unterkiefers beobachtet, indem dasselbe ruckweise in

die Höhe ging. Man kann zur Erklärung an eine abnorme Verbindung des Kernes des Oculomotorius mit denen des Trigeminus (M. masseter) und Facialis denken (Gunn, Helfreich).

Die Behandlung der symptomatischen Form der Ptosis wird gegen das ursächliche Lid- oder Augenleiden zu richten sein. Bei phthisischen oder fehlenden Bulbi bewirkt Einlegung eines künstlichen Auges Besserung der Beweglichkeit.

Gegen Lähmungsptosis sind die entsprechenden Heilmittel anzuwenden. Besonders spielt hier die elektrische Behandlung eine Rolle. Dieselbe wird bei dem Symptomencomplex Ptosis und Miosis in der Form angewandt, dass man den gleichseitigen Halssympathicus galvanisirt; bemerkenswerthe Erfolge habe ich allerdings nicht hiervon gesehen.

Für ausgeprägtere Ptosisfälle, seien sie unheilbare Reste von Lähmungen oder angeboren, ist ein symptomatisches oder operatives Verfahren angezeigt. So kann man durch eine Serre fine oder ähnlich construirte Ptosispincette eine Hautfalte in die Höhe heben; gleiches kann auch durch den verbreiterten oberen Rand des Brillenglases erzielt werden. Operativ hat man die Excision einer querovalen Falte von Haut und Muskel in Anwendung gebracht. Doch ist der Erfolg meist unzureichend, da die Haut sich wieder herabzieht, bei zu ausgiebiger Excision aber der Schluss des Auges in Gefahr kommt. Besser sind die Methoden, welche die Herstellung eines Narbenstranges zwischen Lid und M. frontalis bezwecken (Dransart, H. Pagenstecher); sie gründen sich auf die Beobachtung, dass die Ptosiskranken das Lid heben, indem sie die Stirn runzeln. Es werden zu diesem Zweck zwei bis drei subcutane Fadenschlingen im Lide angelegt, deren Enden nahe am Lidrande und deren Schlingen — etwa 2 mm lang — oberhalb der Augenbrauen auf der Stirnhaut sich befinden; die Enden werden über einem Pflastercylinder oder einer Perle zusammengeknüpft. — C. Hess hat durch gleichzeitige Lockerung der Lidhaut das Verfahren vortheilhaft modificirt. Er macht einen Horizontalschnitt durch die vorher abrasirten Augenbrauen und trennt von dort aus bis zum Lidrande hin die Lidhaut vom Orbicularis. Alsdann legt er ungefähr in der Mitte des Lides drei Fadenschlingen, deren Fäden unter der Haut nach oben über den horizontalen Augenbrauenschnitt hinaus und subcutan bis circa 2 cm oberhalb der Augenbrauen geführt werden. Dort erfolgt der Ausstich der beiden Nadeln und die Knüpfung, welche das Heraufziehen der Lidhaut bewirkt. Die Wunde in den Augenbrauen wird vernäht.

Sehr gute Resultate giebt das Verfahren von Panas. Derselbe stellt die Verbindung des Lides mit dem M. frontalis in folgender Weise

her. Er macht etwa in der Mitte des Lides einen rechteckigen Hautschnitt, der in seinem äusseren und inneren Theil (je 8 mm lang) parallel dem oberen Rande des Tarsus verläuft, in der Mitte aber, sich beiderseits nach oben wendend, einen nach oben gerichteten Lappen bildet, dessen obere Seite parallel den Augenbrauen und dicht unter ihnen liegt (_┌───┐_). Alsdann wird oberhalb der Augenbrauen ein, ihrem Rande folgender und dem oberen Lidlappenschnitt paralleler Schnitt in einer Ausdehnung von 3 cm bis auf die Knochenhaut, diese schonend, geführt, die so entstandene Augenbrauenbrücke mit einem unter sie geführten Scalpell gelöst und der ebenfalls bis tief zum Ciliarrande hin zwischen Muskel und Tarsus verschiebbar gemachte Lidhautlappen mit einer stumpfen Pincette unter die Augenbrauen nach oben gezogen und dort mit dem M. frontalis und der Stirnhaut vernäht. Falls das Lid Neigung zeigt, sich zu ektropioniren, so legt man zwei seitliche Ligaturen an, welche, die Conjunctiva und das Tarsalligament fassend, diese ebenfalls mit der oberhalb der Augenbrauen liegenden Hautwunde verbinden.

Auch die Verlegung des Levator palpebrae superioris an eine tiefere Stelle des Tarsus ist mit Erfolg gemacht worden (Eversbusch). Ein horizontaler Schnitt wird etwa in der Mitte des Lides bis auf den Tarsus geführt. Dann trennt man von diesem den Orbicularis nach unten und bis zum oberen Tarsusrande. Durch die sich an letzteren ansetzende Sehne des Levators legt man eine Fadenschlinge, deren beide Enden mit Nadeln armirt sind, und geht dann mit diesen Nadeln zwischen Orbicularis und Tarsus, die voneinander gelöst sind, nach unten, sticht im Ciliarrande die Nadeln in 3 mm Entfernung voneinander aus und knüpft auf einer Glasperle die beiden Fadenenden zusammen. Solcher Nähte werden drei angelegt. —

Die Lidspalte kann durch Lähmung des M. orbicularis, durch Verkürzung der Lider, meist in Folge von Hautzerstörung entstanden, durch Ectropium und durch Protrusion des Augapfels, so etwa bei orbitalen Tumoren oder bei Morbus Basedowii, erweitert sein. Der ausbleibende oder ungenügende Schluss der Lider (Lagophthalmus, Hasenauge), den man gelegentlich auch bei Schwerkranken beobachtet, führt zur Austrocknung (Xerosis) der Conjunctiva und Cornea und kann Anlass zu schwereren Hornhautulcerationen geben.

Die Behandlung muss sich nach der Ursache richten. Symptomatisch ist eine öftere Befeuchtung des Auges (etwa mit Milch oder physiologischer Kochsalzlösung) angezeigt; für die Nacht ein Verschluss durch Heftpflaster oder durch Verband. Bisweilen wird auch die Tarsoraphie, welche eine Verkleinerung der Lidspalte herbeiführt, von Nutzen sein.

4. Angeborene Anomalien.

In seltenen Fällen hat man eine mangelhafte Entwicklung oder ein vollständiges Fehlen der Lider (Ablepharia totalis) beobachtet. Ebenso kommt das angeborene Colobom, bei dem das Lid eine keilförmige Spalte zeigt, nur ausnahmsweise vor; bisweilen liegt mitten in der Spalte ein zungenförmiges und häutiges Zwischenstück (O. Becker, Manz). Es dürfte sich meist um Entwickelungshemmungen handeln, die durch eine Anpressung des Amnium an die Augen bedingt sind (van Duyse. Hoppe).

Als Epikanthus wurde von Ammon zuerst eine eigenthümliche Missbildung beschrieben, die darin besteht, dass im inneren Augenwinkel vom oberen zum unteren Lide eine halbmondförmige Hautfalte herabzieht; ihr concaver Abschnitt verdeckt die Carunkel und die anliegenden Theile des Bulbus, der bisweilen abnorm klein ist. Mit zunehmenden Jahren pflegen die Hautfalten sich zu verkleinern, indem der wachsende Nasenrücken dieselben mehr nach der Mitte hinzieht. Will man schliesslich operiren, so schneidet man aus dem zwischen den Augen liegenden Theil des Nasenrückens ein senkrechtes Hautoval heraus. Durch das Zusammennähen der Wundränder wird die Hautfalte von den Augenwinkeln abgezogen. Bei stärkerem Epikanthus ziehe ich es vor, auf beiden Seiten des Nasenrückens ein Hautoval zu excidiren. — Auch Symblepharon und Ankyloblepharon kommen angeboren vor.

Viertes Kapitel.

Erkrankungen der Thränenorgane.

Anatomie.

Die Thränendrüse (Glandula lacrymalis) liegt am temporalen Ende des oberen Orbitalrandes in der Fossa glandulae lacrymalis und besteht aus einem oberen (orbitalen) und unteren (palpebralen) Theil. Beide sind durch einen Fascienzipfel getrennt, der aus den Blättern des

Levator palpebr. superioris und Rect. superior stammt und sich an den Seitenrand der Orbita ansetzt. Die untere, kleinere Thränendrüse liegt dem temporalen Theil des Fornix der Conjunctiva auf. Das Secret der acinösen Drüse wird durch eine Anzahl von Ausführungsgängen in den Conjunctivalsack entleert.

Die Abführung der Thränen aus letzterem erfolgt durch die Thränenröhrchen (Canaliculi lacrymales) des oberen und unteren Lides. Diese beginnen auf der Lidkante in der Nähe des inneren Augenwinkels mit dem Thränenpunkt, der auf einer kleinen Erhöhung (Papilla) sitzt und in den Thränensee taucht. Der Thränensack, in den sie gegeneinander convergirend enden, liegt im inneren Winkel der Orbita in der Fossa lacrymalis, welche nach hinten vom Thränenbein, nach vorn von dem Oberkieferfortsatz gebildet wird. Nach der Gesichtsfläche zu liegt der circa 12 mm lange Thränensack dicht unter der Haut; das Ligam. palpebr. internum geht quer über ihn weg, doch überragt er es noch nach oben und nach unten. Nach unten setzt er sich in den Ductus lacrymalis fort, welcher in seiner grössten Ausdehnung in einem engen knöchernen Canal, der von dem Oberkieferbein und dem Nasenmuschelbein gebildet wird, verläuft und die Thränen in den unteren Nasengang abführt. Der Thränennasencanal erreicht nicht zusammen mit seiner knöchernen Röhre sein Ende, sondern durchzieht noch eine Strecke weiter die Schleimhaut des unteren Nasenganges, ehe er in eine ovale Spalte ausläuft. Seine Gesammtrichtung geht nicht senkrecht nach unten, sondern etwas nach hinten. Die innere Wand des Thränensackes und Thränennasenganges wird von einer Schleimhaut mit Cylinderepithel gebildet; ein fibröses Gewebe umgiebt dieselben aussen und verbindet sie mit dem Periost.

Die Thränen, eine an Kochsalz besonders reiche Flüssigkeit, werden unter gewöhnlichen Verhältnissen nur sehr sparsam abgesondert; sie verbinden sich mit den Secretionen der Conjunctiva und ihrer Schleimdrüsen zur Befeuchtung des Augapfels. Eine Vermehrung der Absonderung tritt auf psychische und reflectorische Reize ein; die letzteren gehen besonders von Trigeminusästen aus. So bewirkt beispielsweise das Ausziehen von Haaren aus der Nasenschleimhaut Thränen des gleichseitigen Auges; Migräneanfälle sind häufig mit Thränen verknüpft. Dass vor Allem Entzündungen des Auges reichlicheres Thränen veranlassen, ist bereits angeführt.

Die Fortleitung der Thränen aus dem Thränensee in den Thränensack erfolgt vorzugsweise durch die Erweiterung des letzteren beim Lidschluss, da Fasern des Orbicularis vom inneren Lidbande entspringen (Horner'scher Muskel). Bei ihrer Contraction ziehen sie dieses und die damit verbundene vordere Wand des Thränensackes

vom Thränenbein ab; durch die dann wieder folgende Zusammenziehung des ausgedehnten elastischen Sackes erfolgt die Weiterbeförderung der Thränen in den Thränennasencanal. Einen gewissen Einfluss kann hierbei unter normalen Verhältnissen auch der beim Ein- und Ausathmen durch die Nase gehende Luftstrom haben, wenn er ähnlich wie bei dem Refraichisseur und ähnlichen Instrumenten eine Luftverdünnung in dem Ductus lacrymalis bewirkt.

Erkrankungen der Thränendrüse.

Die acute Entzündung der Thränendrüse (Dakryoadenitis) ist sehr selten. Unter heftigen Schmerzen schwillt die äussere Hälfte des oberen Lides an, die Conjunctiva wird chemotisch und schleimig-eitrige Absonderung erfolgt. Selbst leichter Exophthalmus, sowie Fieber kann auftreten. Mit dem Finger in den Conjunctivalsack eingehend, erkennt man die geschwollene Drüse an ihrer in einzelne Lappen zerfallenden Form. Es wird hierdurch die differentielle Diagnose gegen eine, etwa an der äussern Orbitalwand sitzende acute Periostitis gegeben, da deren Exsudat eine glatte Oberfläche hat. Bisweilen wurde die Dakryoadenitis gleichzeitig mit einer Entzündung der Parotis (Mumps der Thränendrüse) beobachtet. Die Entzündung kann in Eiterung übergehen oder, wie meist, sich zertheilen. Lauwarme Umschläge oder auch Narcotica sind angezeigt; besteht Fluctuation oder wird Eiter vermuthet, so incidire man frühzeitig.

Häufiger sieht man eine einfache Hypertrophirung derselben, besonders bei Kindern. Beim Ektropioniren des oberen Lides sieht man alsdann die vergrösserte Drüse mit ihrer kleingelappten Oberfläche im Conjunctivalfornix hervortreten. Bei der chronischen Entzündung fühlt man als differentielles Moment umschriebene Härten. Subjective Beschwerden fehlen meist. Das Bepinseln der äusseren Lidhaut mit Jodtinctur ist von Nutzen: ebenso kann Jodsalbe oder auch Ung. cinereum versucht werden. Innerlich Jodkali.

Als Dakryops hat man eine cystenartige Erweiterung eines Thränendrüsen-Ausführungsganges beschrieben; die Geschwulst sitzt in der oberen Uebergangsfalte der Conjunctiva. Zur Heilung zieht man einen Faden quer durch, knotet ihn und lässt ihn bis zum Durchschneiden der Wand liegen (v. Graefe).

Thränendrüsenfisteln, die in der Regel Folge von Verletzungen sind, kann man in folgender Weise operiren. Die beiden Enden eines Seidenfadens werden mit einer Nadel armirt. Jede dieser Nadeln wird in die äussere Fistelöffnung geführt, dann die eine etwas höher, die andere etwas tiefer durch die Conjunctiva ausgestochen. Nach Ent-

fernung der Nadeln werden hier die Fadenenden geknotet und bis zum Durchschneiden liegen gelassen (Hulke).

Von Geschwülsten der Thränendrüsen sind Cysten, Sarkome und Carcinome besonders zu nennen. Bei der nothwendig werdenden Exstirpation kann man entweder nach Spaltung der äusseren Lidcommissur von der Uebergangsfalte den Tumor fassen, oder man trennt, um sich einen Zugang zu schaffen, das Lid vom oberen Orbitalrande. Auch bei unheilbarer Epiphora ist die Exstirpation der gesunden Drüse ausgeführt worden (Laurence); neuerdings wurde diese wenigstens bezüglich eines Theiles der Drüse wieder empfohlen: Eversbusch entfernt nur den orbitalen Theil, von aussen durch die Haut eingehend, v. Wecker nur den palpebralen, indem er durch starkes Abwärtswenden des Auges sich die unter der Conjunctiva vorspringende Drüse zu Gesicht führt und durch eine etwa 12 bis 15 mm grosse Bindehautwunde herausschält. Durch letztere Operation habe ich einmal eine bereits Jahre lang recidivirende Keratitis und Conjunctivitis mit stärkeren Thränen, bei vollkommener Durchgängigkeit des Thränennasencanals, bei einem Kinde zu dauernder Heilung gebracht.

2. Erkrankungen der Thränenabführungswege.

I. Anomalien der Thränenpunkte und Thränenröhrchen.

Das Abstehen des unteren Thränenpunktes bei Ectropium ist bereits erwähnt; ebenso die dabei erforderliche Spaltung des Thränenröhrchens. — Bei Verengerung der Thränenröhrchen, die auch angeboren vorkommt, kann man durch Einführung conischer Sonden allmähliche Erweiterung anstreben. Ist das Thränenpünktchen ganz verschlossen, aber noch sichtbar, so geht man mit einer Stecknadel an der betreffenden Stelle ein, erweitert sie und spaltet schliesslich mit dem Weber'schen Messer das Thränenröhrchen. Sieht man den Thränenpunkt nicht mehr, so wird man durch eine Incision das Thränenröhrchen oder die dem Auge zugekehrte Wand des Thränensackes eröffnen müssen. Bisweilen findet man auch doppelte Thränenpunkte.

Selten beobachtet man eine Verstopfung der Thränenröhrchen mit Pilzmassen (Streptothrix Foersteri [F. Cohn], nach Andern richtiger Actinomyces, und Mikrokokken); meist sitzen dieselben im unteren Thränenröhrchen, doch kommen sie auch im oberen vor (Schirmer). Andere Fremdkörper dringen ebenfalls gelegentlich in die Ductus.

II. Erkrankungen des Thränenschlauches.

Dakryocystitis. (Phlegmone des Thränensackes.)

Wenn sich der Thränensack mit seiner fibrösen Umhüllung entzündet, so gerathen die umliegenden Weichtheile in Mitleidenschaft. Die Haut zwischen innerem Lidwinkel und Nase röthet sich und wird ödematös; meist zeigt sich auch eine, der Lage des Thränensackes entsprechende Hervortreibung. Das Auge thränt stark; Lider und Conjunctiva können injicirt und chemotisch werden. Dabei sind heftigere Schmerzen vorhanden, selbst Fieber. Nach einigen Tagen pflegt die diffusere Röthung und Schwellung zurückzugehen; schliesslich bricht meist der Eiter an einer Stelle der den Thränensack überziehenden Haut hervor. Seltener tritt eine grössere Senkung desselben ein, so dass man weiter unten eine geröthete oder bläuliche Hervorwölbung sieht, welche den Eiter enthält. Da inzwischen die Hautentzündung über dem Thränensack selbst zurückgegangen sein kann, so sind Verwechselungen mit einfachen Abscessen möglich. Doch ist es jedenfalls das Häufigere, dass die in dieser Gegend sitzenden Eitersäcke mit dem Thränensack in Verbindung stehen. — Eine Entleerung des Secrets durch die ungespaltenen Thränenröhrchen tritt bei Druck auf die Thränensackgegend im acuten Stadium in der Regel nicht ein. Ausnahmsweise kann sich secundär eine Orbital-Phlegmone hinzugesellen.

Wenn der Eiter spontan perforirt, so entsteht meist eine Thränensackfistel*, durch die dann nach Heilung der Entzündung Secret der Thränensackschleimhaut heraussickert. Allmählich schliesst sich die Fistel. Seltener bleibt dauernd eine feine Oeffnung (Haarfistel).

In der Mehrzahl der Fälle tritt eine acute Thränensackentzündung nur auf, wenn bereits eine Erkrankung der Thränensackschleimhaut bestanden hat oder Stricturen im Thränennasencanal den Abfluss der Thränen hinderten. Auch nach forcirtem Sondiren kommt sie vor. Nicht allzu selten ist sie Folge einer Caries der angrenzenden Knochen.

Die Behandlung kann ganz im Anfange der Entzündung ein Coupiren des Processes anstreben, indem man Eisumschläge anwendet und zur Entleerung des Secrets die Thränenröhrchen und den zwischen ihrem Ende liegenden Theil der dem Auge zugekehrten Wand des Thränensackes spaltet. Wenn bereits stärkere Eiterbildung vorhanden ist, so macht man warme Umschläge und spaltet durch eine etwa 1 cm grosse Incision die vordere Wand des Thränensackes; nach gestillter

* Deutsche Heerordnung. Landsturm bezw. dauernde Untauglichkeit. § 9. Abs. 2. Anlage 4. 8a. Thränenfisteln, unheilbarer Verschluss oder Verengerung der Thränenwege. Vgl. S. 69.

Blutung führt man Jodoformgaze ein und sucht die Wunde längere Zeit offen zu halten, um die Schleimhaut des Thränensackes direct behandeln zu können. Ist die Entzündung im Rückgange, so kann man von der Hautwunde aus eine Bowman'sche Sonde (siehe unten) in den Thränennasencanal führen, um etwaige Stricturen desselben zu bekämpfen. Gelingt die Freimachung des Ganges, so sucht man den Thränensack zu erhalten und durch Einpudern von Jodoform, directes Touchiren mit 10procentiger Lapislösung, nöthigenfalls selbst mit dem Höllensteinstift die Schleimhaut zur Norm zu bringen beziehentlich Knochenaffection zu heilen. Ist dies gelungen, so lässt man die äussere Hautwunde sich schliessen. Ist eine Communication des Thränensackes mit der Nase nicht zu erreichen, so ist die Verödung des ersteren oder seine Exstirpation angezeigt.

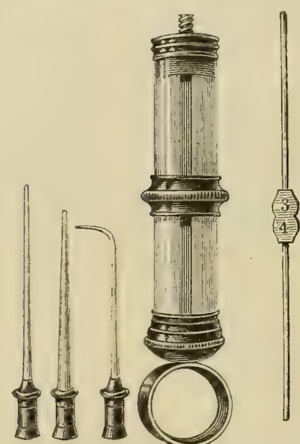
Zur Heilung von Thränensackfisteln ist ebenfalls zuerst für die Freilegung der normalen Abflusswege zu sorgen. Die Fistel selbst schneide man auf und suche sie durch Cauterisation (mit Lapis oder Galvanocauter) zum Verschluss zu bringen. Bei verhärteten Wandungen excidirt man den Fistelgang und näht die angrenzenden Hautränder zusammen.

Dakryocysto-Blennorrhoe.
Stricturen des Thränennasencanals.

Wenn die Schleimhaut des Thränensackes erkrankt, so kommt es zu einer vermehrten Absonderung und Stauung von Secret im Thränensack. Das Secret ist bisweilen glasig, bisweilen leicht trüb, mit kleinen weisslichen Flocken vermischt, dann wieder ausgeprägt katarrhalisch oder blennorrhoisch, zuweilen selbst eitrig. Demgemäss spricht man auch von „alten Thränensackleiden“, von Katarrh des Thränensacks, Dakryocysto-Blennorrhoe und Dakryocysto-Pyorrhoe. Nicht selten kommen secundäre Veränderungen vor: so bildet sich eine Erweiterung (Ektasie) des Thränensackes, wobei die vordere Wand deutlich hervortritt; in anderen Fällen entstehen Schleimhautfalten, welche kleinere Kammern und Absackungen in dem Thränensack zu Stande bringen, ferner polypöse Wucherungen und käsige Secreteindickungen.

Sehr häufig ist der Thränennasencanal verengt. Die Verengerung wird veranlasst entweder durch eine gleichmässige oder umschriebene Schwellung der Schleimhaut oder durch Falten- und Klappenbildungen, oder durch fibröse Stricturen, die bisweilen den ganzen Canal durchsetzen, oder schliesslich durch Knochenauftreibungen, die einen unheilbaren Verschluss bewirken können. Umschriebene Verengerungen finden sich besonders häufig am Anfang und Ende des Canals.

Zur Diagnose der chronischen Thränensackblennorrhoe kommt man in der Weise, dass man auf den Thränensack (also auf den inneren Lidwinkel) mit dem Zeigefinger drückt und nun beachtet, ob Secret aus einem der Thränenpunkte austritt. Entleert sich kein Secret, so ist damit das Bestehen der Affection noch nicht ausgeschlossen, da vielleicht momentan kein ausdrückbares Secret im Sacke war oder auch dasselbe in seiner ganzen Menge in die Nase entwich. Man wird jedenfalls hier öfters die Untersuchung machen müssen. Aeusserlich ragt die Gegend, wo der Thränensack liegt, bei stärkeren Ansammlungen etwas hervor. Dieser Umstand spricht selbst in Fällen, wo sich kein Secret durch die Thränenpunkte bei Druck entleert, für das Bestehen eines Thränensackleidens.



186. Anel'sche Spritze.

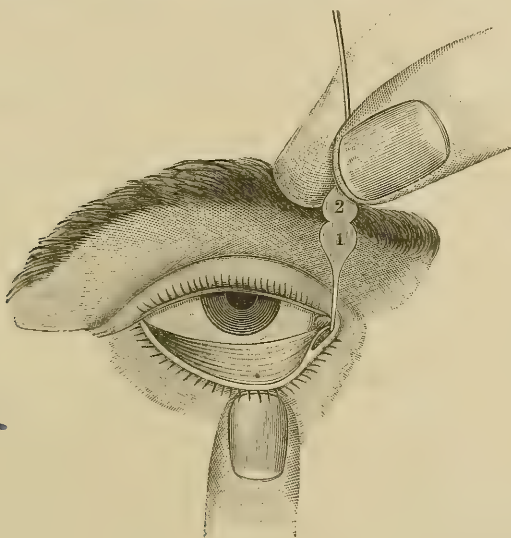
187. Bowman-sche Sonde.

Die Diagnose der Strictur des Thränennasencanals kann nur durch Einspritzungen in den Thränensack oder durch Einführung von Sonden gestellt werden.

Wenn die Canüle einer Anel'schen Spritze sehr fein ist, so dringt sie durch den oberen Thränenpunkt in das Thränenröhrchen und kann bis zum Thränensack vorgeschoben werden (Figur 186). Man giebt ihr zu dem Zweck erst eine von unten nach oben gehende Richtung, welche den Eingang in den Thränenpunkt erleichtert; alsdann aber eine horizontale zum Durchpassiren des Thränenröhrchens. Ist man im Thränensack, so stellt man die Canüle senkrecht von oben nach unten. Hat man laues Wasser in der Spritze, so wird jetzt bei sanftem Druck des Stempels ein Durchfliessen desselben bis in die Nase erfolgen, falls der Thränennasenschlauch vollkommen durchgängig ist

In directer Weise überzeugt man sich hiervon durch Einführen der Bowman'schen Sonden (Figur 187), welche nach ihren verschiedenen Dicken von 1 bis 8 numerirt sind. Man beginnt mit einer der dünnsten (etwa 1 oder 2). Um sie leicht in den Thränensack zu führen, spaltet man zuvor mit dem Weber'schen Messer (Figur 181) das Thränenröhrchen bis zum Thränensack. Die Sonde wird nun durch letzteres in horizontaler Richtung soweit geführt, bis man auf die innere, knöcherne Wand des Thränensackes stösst. Während man das Sondenende fest gegen dieses drückt, macht man eine viertelkreisförmige Bewegung nach oben, so dass die Sonde aus der horizontalen Lage in eine verticale kommt und schiebt nun dieselbe langsam und vorsichtig durch den

Thränennasencanal bis auf den Nasenboden. Wenn man, wie erwähnt, das Sondenende fest gegen die Knochenwand gedrückt hält, so befindet man sich über dem Anfang des Thränennasencanals und kommt leicht in denselben. Zeigen sich Schwierigkeiten beim Weiterführen, so ziehe man die Sonde etwas zurück und schiebe sie dann wieder vor; auch werden durch leicht drehende Bewegungen manche Widerstände überwunden. Bei diesem Vordringen fühlt man deutlich etwaige Hindernisse und Stricturen. Bisweilen muss man ziemliche Gewalt anwenden, um letztere zu durchstossen. Allerdings darf man dies nur, wenn man sicher ist, sich in dem Nasencanal zu befinden, da man andernfalls nach Durchbohrung des sehr dünnen Thränenbeines einen falschen Weg,



188.

so z. B. in die Highmors-Höhle, bahnen könnte; — ein Verfahren, das bei absolutem Verschluss des Thränennasencanals ausnahmsweise auch mit Absicht zur Ableitung der Thränen eingeschlagen werden kann. Wenn man den Boden der Nase erreicht hat, liegt das kleine Plättchen, welches sich in der Mitte der Bowman'schen Doppelsonden befindet, bei normaler Gesichtshöhe und bei Erwachsenen meist vor dem oberen Orbitalrande (Figur 188). Uebrigens kann man die Entfernung von diesem bis zum Nasenboden vorher am Gesicht des Patienten abmessen. Da der Canal etwas nach hinten (und meist auch etwas nach aussen) gerichtet ist und ebenso der obere Orbitalrand vorsteht, giebt man der Sonde vor der Benutzung eine leichte, bogenförmige Krümmung, deren Concavität bei der Einführung nach vorn gerichtet bleibt.

Auch ohne Spalten des Thränenröhrchens lassen sich nach Er-

weiterung mittels conisch zugespitzter Sonden die dünneren Bowman-schen einführen; jedoch wird bei der senkrechten, zur Einführung in den Thränennasencanal erforderlichen Stellung der Sonde das Thränencanälchen verschoben und kann die dadurch bedingte Zerrung ein feineres Sondiren erschweren.

Man thut aber gut, ehe man bei bestehender Epiphora zu den eben geschilderten Mitteln der Diagnosenstellung schreitet, erst genau andere Ursachen auszuschliessen (so etwa Conjunctivitis u. s. w.) und zu bekämpfen, da das Manöver für die Kranken immerhin unangenehm ist. Bei engen Canälen verursacht die Sondeneinführung heftige Schmerzen, die bis in die Zähne des Oberkiefers hin ausstrahlen. Durch vorheriges Einspritzen von ein paar Tropfen Eucainlösung kann man dieselben verringern. —

Die subjectiven Symptome sind oft unbedeutend; hauptsächlich wird über Thränenfliessen geklagt. Aber auch Conjunctiviten compliciren das Leiden, besonders wenn das Thränensacksecret in den Bindehautsack gelangt. Da dasselbe stark infectiöser Natur ist, so können etwa vorhandene Hornhautwunden oder Ulcerationen, wenn sie mit ihm in Berührung kommen, leicht einen gefährlichen Charakter annehmen (vergl. Hypopyon-Keratitis).

Die chronischen Erkrankungen des Thränenschlauches gehen in der Mehrzahl der Fälle von Affectionen der Nasenschleimhaut aus; so findet man sie häufig bei chronischem Nasenkatarrh und bei Ozaena. Verhältnissmässig selten ist es, dass chronische Conjunctiviten und Trachom sie veranlassen; jedoch sind auch Trachomkörner (Kuhnt) in der Schleimhaut gefunden worden, allerdings darf man die häufigeren Follikelbildungen, die man in ihr antrifft, nicht mit echtem Trachom identificiren (Hertel); noch seltener sind Tuberkelknoten. Bisweilen handelt es sich um Knochenleiden, welche die Gewebe des Thränenschlauches in Mitleidenschaft ziehen. So bei Scrophulösen, Tuberculösen und Syphilitischen. Auch der Bau des knöchernen Canals scheint von Einfluss zu sein, da bei plattgedrückten Nasen die Affection ebenfalls relativ häufig vorkommt. Im kindlichen Alter sieht man Thränensackblennorrhoe selten; doch kommt sie selbst bei Neugeborenen vor, wo die Zurückhaltung des Secrets öfters auf einer Atresie der Nasenmündung des Thränennasencanals beruht (Peters) und nach Sondirung schnell heilt; aber ich habe hier auch langwierige cariöse Processe beobachtet.

Die Behandlung geht darauf hinaus, den durch Stricturen gehinderten Abfluss der Thränen wiederherzustellen und eine etwa vorhandene Schleimhautaffection (auch in der Nase) zu bekämpfen.

Zu ersterem Zwecke empfiehlt sich vor Allem die fortgesetzte Sondirung, wie sie oben beschrieben ist. Anstatt der Bowman'schen

Sonden werden auch die, weniger zu empfehlenden, von Weber, welche dicker sind und mehr konisch verlaufen, benutzt. Ihre Einführung geschieht am besten durch das obere Thränenröhrchen. Bei den Bowman'schen Sonden ist es gleichgültig, ob man dieses oder das untere benutzt: bisweilen gelingt die Durchführung der Sonde durch das eine Thränenröhrchen nicht, wohl aber durch das andere. Leicht tritt bei länger fortgesetztem Sondiren eine Verengerung der Oeffnung der Thränenröhrchen in den Thränensack ein; dieselbe ist dann von Neuem mit dem Weber'schen Messer zu erweitern. Die Thränenröhrchen selbst haben, wenn sie einige Zeit offen gehalten wurden, geringe Tendenz wieder zusammenzuwachsen. Im Uebrigen bringt die Spaltung keinerlei Nachtheile für die Thränenabführung.

Im Anfang muss man die Sonden täglich einführen. Nach jeder Einführung lässt man sie einige Zeit (etwa 5 bis 15 Minuten im Canal liegen. Bei den fibrösen Stricturen ist vor 4 bis 8 Wochen selten ein Erfolg zu erreichen. Und selbst dann wird von Zeit zu Zeit von Neuem sondirt werden müssen. Man steigt allmählich mit der Dicke der Sonden, ohne aber allzu dicke zunehmen: Nr. 6 der Bowman-schen braucht kaum überschritten zu werden. Wie auch Arlt betont, genügt ein verhältnissmässig enger Canal zum Abfluss der Thränen; zu dicke Sonden machen Schleimhautrisse und schieben gelegentlich die Schleimhaut vom Knochen ab — ein Unfall, der auch sonst beim Sondiren eintreten kann. Man muss in solchen Fällen das Sondiren einige Tage aussetzen; ebenso soll man es nicht mit Gewalt versuchen, wenn einmal die Sondeneinführung nicht gelingt. Können die Kranken nicht zum Arzt kommen, so lässt es sich, wenn der Canal genügend durchgängig geworden, meist erreichen, dass dieselben sich selbst zu sondiren lernen. Hier bringen auch kleine Sonden von Silberdraht mit einem horizontalen, auf dem Lidrande ruhenden Schenkel, die man sich selbst anfertigt, oft Nutzen, da sie Wochen lang im Canal reizlos liegen.

Bei engen Stricturen kann man mittels eines kleinen Messerchens eine Durchschneidung derselben machen und dann durch Sondiren die Stelle offen halten (Jaesche). Das Verfahren von Stilling, der ein keilförmiges Messerchen angegeben hat, besteht darin, einfach ausgiebig die Stricturen zu incidiren, danach aber nicht zu sondiren; dasselbe hat in der Regel den Erfolg, dass die Strictur nach einiger Zeit noch enger ist, als vorher. Hingegen ist die durch die Incision erfolgende Blutung oft heilsam für gleichzeitig bestehende Schleimhautschwellungen.

Wenn der Durchgang sehr eng ist und trotz längeren Sondirens immer von Neuem Neigung hat, sich zu schliessen, ferner wenn Caries vorhanden ist, so thut man besser, ganz von der Sondeneinführung

abzustehen, da sie stets neue Irritationen setzt. Hier begnüge man sich mit der Behandlung der Schleimhautblennorrhoe durch Einspritzungen von antiseptischen (etwa Aqua chlori oder 4procentige Borsäurelösung) oder adstringirenden Mitteln. Von letzteren benutze ich eine 1procentige Lösung von Zinc. sulfuricum besonders gern; auch Einspritzen von Höllensteinlösung, Jodoformsalbe oder Jodoformöl ist oft vortheilhaft. Eine schnelle Besserung erreicht man nicht selten durch das Einspritzen einiger Tropfen einer 1procent. Lösung von Hydrarg. oxycyanatum (Schlösser), so dass ich bei stärkerer Absonderung mit dieser meist beginne. Da sie ätzend wirkt, muss man achten, dass nichts in den Conjunctivalsack kommt, und darf erst nach einiger Zeit die Injection wiederholen. Von den anderen genannten Flüssigkeiten kann man täglich injiciren. Doch hüte man sich vor einem zu starken Druck mit dem Stempel, da sonst leicht durch Schleimhautwunden oder Abhebungen die Flüssigkeit in das umliegende Gewebe kommen und ein erhebliches entzündliches Lidödem, das jedoch in einigen Tagen zurückgeht, hervorrufen kann. Deshalb soll man auch die Einspritzung vermeiden, wenn man eben sondirt hat.



189. 190.
Scarificationsmesser für den Thränenschlauch.

In entsprechenden Fällen werden die Sondirungen mit den Injectionen abwechselnd zu combiniren sein; doch kommen auch Blennorrhoen ohne Stricturen vor.

Sehr vortheilhaft ist bei stärkerer Absonderung und Schleimhautschwellung ein ausgiebiges Scarificiren des ganzen Thränenschlauches. Man kann hierzu kleine Messerchen, wie ich sie angegeben (Figur 189 und 190), benutzen und damit Einschnitte in Thränensack und Thränennasencanal machen. Oft durchschneidet man hierbei im Thränensack vollständige Membranen, durch welche Flüssigkeit oder eingedickte Secretmassen abgekapselt und zurückgehalten wurden. Bisweilen genügt eine einmalige Scarification — in den nächsten Tagen nach derselben wird weder sondirt noch injicirt — zur Heilung des Schleimhautleidens. Auch bei Ektasien des Thränensackes sind tiefgehende, öfters wiederholte Scarificationen von Nutzen; nöthigenfalls schneidet man von aussen her ein Oval aus der Vorderwand heraus. In besonders hartnäckigen Fällen legt man durch einen senkrechten Schnitt den Thränensack offen und cauterisirt mit Höllenstein die Schleimhaut direct, ohne sie zu zerstören; später lässt man die Wunde zuheilen. Guaita empfiehlt Auskratzen des Thränensackes und darauf folgendes Einlegen einer Canüle von decalcinirtem Knochen in den, wenn erforderlich, durch Incision erweiterten Thränennasencanal.

Als letztes Mittel bleibt die Verödung oder Exstirpation des Thränensackes. Der Thränenabfluss in die Nase ist damit natürlich dauernd aufgehoben; doch werden die Beschwerden der Patienten trotzdem geringer, da die Reizungen der Conjunctiva durch das Thränensacksecret aufhören. Auch ist die stets drohende Infectionsgefahr bei einer etwa eintretenden Hornhautverletzung alsdann gehoben.

Man kann den Thränensack so zerstören, dass man nach Schlitzung des oberen und unteren Thränenpunktes auch die zwischen ihnen liegende Partie der inneren Thränensackwand spaltet und nun ein Stückchen Chlorzinkpaste (1:3), in Watte gewickelt, tief in den unteren Theil des Thränensackes hineinstösst und darauf andere Watte packt (Pagenstecher). Durch allmähliches Durchsickern des gelösten Aetzmittels wird die Schleimhaut vernichtet; man entfernt die Paste nach einigen Stunden. Am sichersten ist jedoch die Eröffnung des ganzen Thränensackes von der Haut aus durch einen langen verticalen Schnitt. Nachdem man durch Einlegen von Pressschwamm oder Laminaria den Sack alsdann noch weiter ausgedehnt und blossgelegt hat, cauterisirt man die gesammte Schleimhautfläche mit dem Galvanocauter. Man achte besonders darauf, dass die Einmündung der Thränenröhrchen zuerst getroffen und obturirt wird. Weniger sicher ist die Benutzung von Aetzpasten oder das Touchiren mit Höllensteinstift, das öfters wiederholt werden muss.

Die schon früher geübte Exstirpation des ganzen Thränensackes (Platner, Berlin) ist in neuerer Zeit besonders von Alfr. Graefe, empfohlen worden. Nach Anlegung eines Hautschnittes wird der Thränensack möglichst geschlossen und in seiner Totalität exstirpirt, etwaige Reste werden mit dem scharfen Löffel vom Knochen entfernt. Unter strenger Antisepsis erfolgt die Vereinigung der genähten Hautwundränder per primam. Bleibt eine stärker belästigende Epiphora zurück, so kann, wie oben erwähnt, die partielle Entfernung der Thränendrüse vorgenommen werden.

Anhang.

Verletzungen des Augapfels. Verringerung der Erwerbsfähigkeit.

Die die einzelnen Theile des Auges durch Verletzungen treffenden Schädigungen sind bereits in den vorhergehenden Kapiteln angeführt worden. Es seien hier noch einige Traumen zusammenfassend erwähnt, die auf den ganzen Bulbus oder auf mehrere Theile desselben gleichzeitig einwirken.

Stumpfe Gewalten können Contusionen des Auges veranlassen oder zu Perforationen der äusseren Hüllen führen. Es handelt sich meist um Gegenfliegen mehr oder weniger grosser Gegenstände (Bälle, Pfropfen) oder um direct gegen das Auge geführte Schläge (mit der Faust, Stöcken u. s. f.) oder um Stösse (besonders bei Landleuten durch die Hörner von Kühen). Man findet alsdann Blutungen in der Lidhaut, in der Conjunctiva, in der vorderen Augenkammer, im Glaskörper und in der Netzhaut. Auch in die Hornhaut hinein kann Blut diffundiren, so hat Czermak Blutstreifen in den tieferen Schichten, vom Limbus kommend, beobachtet; häufiger ist eine mehr diffuse Durchblutung von der vorderen Kammer her (s. Cornea), die ihr eine grünlich-graue Färbung giebt. Rupturen treten in der Sclera dicht hinter dem Hornhautrande (seltener mit gleichzeitigem Conjunctivalriss), besonders an seiner oberen Hälfte, ein; in sie hinein kann dann auch die Linse luxiren. Ausserordentlich selten ist es, dass die Cornea selbst halbmondförmig nahe am Rande einreisst. Ebenso selten sind Risse in der Iris, häufiger hingegen Dialysen derselben vom Corp. ciliare und traumatische Mydriasis. Die Chorioidea bekommt besonders am hinteren Augenpole oft Rupturen, die, wenn auch weniger häufig, gleichzeitig die Netzhaut treffen. Luxationen und Subluxationen der Linse mit Irisschlottern sind öfters Folge stumpfer Gewalten; ebenso die Commotio retinae, seltener die Netzhautablösung. Die Regenbogenhaut kann ganz nach hinten um-

klappen oder abreissen oder auch bei gleichzeitiger Wunde der Bulbuswand mit der Linse nach aussen geschleudert werden.

Ueber die Behandlung der einzelnen Affectionen ist schon oben gesprochen worden. Nur sei noch hervorgehoben, dass man bei frischen Sclerarupturen, in denen die luxirte Linse liegt, und zwar, wie fast immer unter der erhaltenen Conjunctiva, durch eine Incision der letzteren den Krystallkörper entfernen soll. Bekommt man den Fall erst später und geheilt in Behandlung, so kann man die Linse ruhig sitzen lassen, zumal ihre Entfernung wegen entstandener Verwachsungen nicht immer ohne stärkere Eingriffe gelingt. Es ist dies ein Vorkommniss, wie man es nach Kuhhornstössen öfters sieht. Im Uebrigen kann sich trotz anfänglich starker Blutungen im Augen-Innern und trotz der Scleralruptur in derartigen Fällen ein recht gutes Sehvermögen wieder herstellen. Die Behandlung im Beginn besteht in Auswaschen mit Chlorwasser oder Sublimatlösung, Einpudern von Jodoform und Druckverband. Bei grösserer Schmerzhaftigkeit kann man eine Eisblase auflegen.

Bei perforirenden Verletzungen mit scharfen Instrumenten oder sonstigen Gegenständen (Glas, Eisenstücken, platzenden Patronen, kleinen Körnern bei Pulver-, Dynamit-Explosionen etc.) ist die Hauptfrage, ob der Fremdkörper im Auge ist oder nicht. Oft giebt die Anamnese Auskunft: wenn mit einem Messer gestochen ist oder mit dem Auge in einen spitzen, festen Gegenstand gerannt wurde, so ist natürlich bei entsprechender Grösse und Ausdehnung der Wunde ein Corp. alienum im Auge nicht zu erwarten. Anders hingegen bei Hineinspringen von Eisen-, Glas-, Kupferstücken u. s. f. Wenn die perforirende Wunde in der Hornhaut oder Sclera klein ist, so ist im Allgemeinen die Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass der Fremdkörper sich noch im Auge befindet, selbst wenn der Verletzte das Gegentheil behauptet, oft auf den Grund hin, „dass er keine Schmerzen im Auge fühlt". Es ist nicht verständlich, wie ein kleiner Körper wieder abspringen sollte, nachdem er einmal ins Auge gedrungen war. Allerdings ist nicht selten der Nachweis des Fremdkörpers sehr schwierig, selbst wenn nicht Linsentrübung oder Blut in der vorderen Kammer oder im Glaskörper die Untersuchung erschweren. Man sei hier besonders vorsichtig, dass man nicht etwa kleine schwarze Pigmentflecke der Iris oder ähnliche dunkle Stellen in der partiell getrübten Linse fälschlich für den Fremdkörper hält: der in der Iris sitzende Fremdkörper würde im Gegensatz zu den Pigmentflecken, die man übrigens wohl auch an anderen Punkten der Regenbogenhaut finden wird, scharf abgegrenzt sein und hervorragen. Die dunklen Partien in der Linse können dadurch zu Stande kommen, dass durchsichtige Linsensubstanz in graugetrübter

liegend dunkel aussieht: hier wird besonders die schiefe Beleuchtung und genauere Untersuchung Auskunft geben. Im Glaskörper können Blutmassen den Fremdkörper vortäuschen. Auch die Benutzung der Röntgenstrahlen kann gelegentlich bei grossen Fremdkörpern von Vortheil sein: zur Orientirung heftet man auf Stirn, Schläfe, Wange und Nase Bleistückchen, die sich dann als dunkle Punkte in dem Bilde zeigen. Am günstigsten ist es, wenn es sich um eingedrungenes Eisen handelt. Hier haben wir so wohl diagnostisch (Sideroskop) wie therapeutisch (Magnet) die besten Chancen (cf. Kapitel Glaskörper-Verletzung). Bei langem Verweilen von Eisen im Augen-Innern kann eine bräunliche Verfärbung der Iris, der Linse, der M. Descemetii und der Cornea eintreten (Siderosis bulbi. Bunge). Auch die Netzhaut kann Einlagerungen von Eisenoxyd zeigen (v. Hippel jun.). Andere Fremdkörper können, wenn man sie sieht, mechanisch mit Pincette, Löffel oder stumpfem Haken nach eventueller Ausführung eines entsprechend grossen Schnittes entfernt werden; zum Fassen von Glasstücken, die den Metallbranchen der Pincette leicht entweichen, kann man Pincetten benutzen, deren Endstücke mit Horn oder Kautschuk überzogen sind. Sehr unsicher ist die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Glaskörper; hier wird man gut thun, von dem Verletzten die Erlaubniss zu verlangen, den Bulbus gleich enucleiren oder exenteriren zu dürfen, falls der Fremdkörper nicht gefunden wird. Nur bei kleinen Fremdkörpern, die fest in den Bulbus-Häuten sitzen, kann man bei sonstiger Reizlosigkeit auf operative Eingriffe verzichten. Uebrigens muss man auch mit der Möglichkeit rechnen, dass ein Fremdkörper durch eine zweite Perforationswunde das Auge wieder verlassen hat, wie einige Fälle lehren (Wagenmann). —

Liegt die Iris in der Hornhautwunde vor, so wird man sie sofort abschneiden. Kommt man aber erst später hinzu und besteht bereits ein Vorfall mit Verwachsung, so ziehe ich es vor, ihn fürs erste in Ruhe zu lassen: nicht selten hat man gerade bald nach dem Abtragen desselben — wohl mit durch die Zerrung bedingt — eine sympathische Ophthalmie ausbrechen sehen. Kleinere Vorfälle bilden sich auch von selbst zurück.

Bei Verletzungen der Linse entsteht sehr schnell traumatische Katarakt, die aber umschrieben bleiben und selbst später sich etwas lichten kann. Bei stärkerer Quellung und bei Reizerscheinungen ist sie zu entfernen; doch pflegt dies meist erst später nöthig zu werden. Hat sich nach Verletzung ein Nachstar gebildet, der das Sehen stört, so mache man die nöthige Operation nicht zu früh, sondern warte lieber mehrere Monate, bis das Auge längere Zeit entzündungsfrei geblieben ist.

Bei sehr grossen Wunden, welche die Hornhaut und Sclera spalten —

besonders wenn die Gegend des Corp. ciliare getroffen ist —, und bei gleichzeitigem Fehlen entsprechenden Lichtscheines (also beim Nichterkennen kleiner Lampe oder bei Gesichtsfelddefecten), was auf ein Ergriffensein der Netzhaut schliessen lässt, ist die sofortige Enucleation anzurathen. Hier pflegt in der Regel schliesslich doch nur ein blinder und phthisischer Bulbus zurückzubleiben, der für das unverletzte andere Auge eine dauernde Gefahr in sich birgt. Allerdings kann es selbst bei ungenügender quantitativer Lichtempfindung gleich nach der Verletzung gelegentlich zu einer gewissen Wiederherstellung des Sehvermögens kommen; — man ist überhaupt bisweilen überrascht über die gute Heilung selbst ausgedehnter Wunden. Aber in der Mehrzahl der Fälle muss man doch noch schliesslich enucleiren, weil die sich entwickelnde Cyklitis eine sympathische Ophthalmie befürchten lässt. Die frühzeitige Enucleation bei schweren Unfällen erspart dem Verletzten viel Zeit, macht ihn schnell wieder arbeitsfähig und sichert ihn gegen sympathische Ophthalmien.

In der Regel wird die sonstige Behandlung starke Atropinisirung und bei drohnender Infection Mercurialisation erfordern. Sind die Scleralwunden nicht allzu gross, so kann man sie durch Nähte, die die Sclera oberflächlich mitfassen, schliessen; auch das Herübernähen der benachbarten Conjunctiva ist oft ausreichend. Cornealwunden pflegen auch ohne Naht zu verkleben. Die Operationen müssen natürlich mit allen Cautelen der Antisepsis geschehen; alsdann Einpudern von Jodoform und Verband.

Sind beide Augen zu gleicher Zeit schwer verletzt, was besonders bei Pulver- und Dynamit-Explosionen (v. Hippel) häufig der Fall ist, so wird man weniger schnell die Enucleation anrathen, sondern die weitere Entwickelung abwarten. Man sucht nach Explosionen aus der Cornea und Conjunctiva die kleinen Körnchen zu entfernen, während man sie in der Linse und im Glaskörper natürlich sitzen lassen muss. Später ist dann die etwa entstandene traumatische Katarakt zu operiren. Nicht allzu selten entsteht und bleibt, trotzdem sich im Glaskörper kleine Fremdkörper befinden, auch wohl partielle Netzhautablösungen vorliegen, noch ein einigermaassen brauchbares Sehvermögen.

Die Verbrennungen und Anätzungen des Auges treffen vorzugsweise die Cornea und die Conjunctiva. Besonders häufig sind Kalkverätzungen (cf. Verletzungen der Cornea und Conjunctiva).

In Folge der deutschen Gesetzgebung über Invaliden- und Unfall-Versicherung ist der Arzt häufig in der Lage, Gutachten über

die Kranken mit Bezug auf ihre eventuell verringerte Erwerbsfähigkeit abzugeben. In dem Ergänzungsgesetz vom 30. Juni 1900 ist sogar angeordnet, dass zu den Verhandlungen vor dem Schiedsgerichte sachverständige Aerzte zuzuziehen sind; ebenso ist bestimmt, dass, falls die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Theilrente festgestellt werden soll, vorher der behandelnde Arzt gehört sein muss. Die Fürsorge der Unfall-Versicherung tritt mit Beginn der 14. Woche nach der Verletzung ein; bis dahin haben die Krankenkassen nach den bezüglichen Reichsgesetzen für die Krankenpflege zu sorgen. Nicht alle Personen, die zum Eintritt in Krankenkassen verpflichtet sind, gehören Betrieben an, die unfallsversicherungspflichtig sind; jedoch ist die Zahl der letzteren allmählich immer weiter ausgedehnt worden. Erwähnt sei, dass auch die land- und forstwirthschaftlichen Betriebe dahin gehören. — Auch die Invaliden-Versicherung (Reichsgesetz vom 13. Juli 1899) giebt ihren Versicherten eine Invalidenrente — ohne Rücksicht auf das Lebensalter, wenn sie nicht mehr im Stande sind, $^1/_3$ des ortsüblichen Tagelohnes zu verdienen; Altersrente tritt erst vom 70. Lebensjahre ein.

Bei den augenärztlichen Untersuchungen auf Verringerung der Erwerbsfähigkeit ist in erster Linie darauf zu achten, ob auch die Angaben der Kranken mit dem objectiven Befunde in Uebereinstimmung stehen, da Uebertreibungen ausserordentlich häufig vorkommen. Es ist ebenso falsch, allzu leichtgläubig allen Aussagen zu trauen, wie es verwerflich sein würde, ohne genügende Beweise die Klagen als unrichtig hinzustellen. Zum Glück haben wir gerade in der Ophthalmologie eine Menge von Hülfsmitteln, die uns wenigstens gestatten, festzustellen, ob der Untersuchte absichtlich die Unwahrheit sagt, wenngleich es nicht selten schwer ist, den Grad der Uebertreibung (Aggravation) mit Genauigkeit zu erforschen (cf. das Kapitel: Simulation von Amblyopie und Amaurose). Bisweilen sind übrigens die Verletzten bei ihren Angaben auch im guten Glauben, dass ein Unfall ihr Sehvermögen geschädigt habe: so z. B. nicht selten, wenn nach irgend einer kleinen Verletzung sich eine Sehschwäche des betreffenden Auges herausstellt, die allerdings schon früher bestanden hatte, aber unbemerkt geblieben war, weil das Auge nie allein geprüft wurde.

Sind vom Arzte wirkliche Augen-Affectionen oder Störungen des Sehvermögens constatirt worden, so handelt es sich bei den Ansprüchen auf Unfall-Entschädigungen zweitens darum, ob ein „Betriebs-Unfall" die Ursache gegeben hat. Das Gesetz spricht nur von den „bei dem Betriebe sich ereignenden Unfällen", giebt aber keine Definition des Wortes Unfall. Der Jurist v. Woedtke schreibt:

„Ein Unfall bei dem Betriebe setzt einen ursächlichen (unmittelbaren oder mittelbaren) Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Betriebe, sowie ein dem Betriebe fremdes abnormes Ereigniss voraus, dessen Folgen für das Leben oder die Gesundheit schädlich sind. Nachtheile für die Gesundheit, welche lediglich die Folge davon sind, dass ein Betrieb auch unter normalen Verhältnissen an sich ungesund ist, sind keine Betriebsunfälle.“ In der Regel werden sich die durch einen Unfall bewirkten Körperverletzungen als gewaltsam und plötzlich darstellen, jedoch ist eine allmählich eintretende körperschädigende Wirkung nicht ausgeschlossen. Besonders häufig kommt letzteres in der Ophthalmologie in Betracht, wenn etwa aus einer unbedeutenden Hornhautverletzung (z. B. in der Ernte durch Gegenstoss einer Granne etc.) sich ein deletäres Ulcus serpens entwickelt hat oder etwa nach der Verletzung eines Auges eine sympathische Ophthalmie entsteht: hier handelt es sich immer um die Folgen des Unfalles.

In der Regel wird drittens auch an den Arzt die Frage gerichtet, um wieviel Procent die Erwerbsfähigkeit sich verringert habe, da hiernach die zu gewährende Rente berechnet wird, — wobei allerdings nur $^2/_3$ des wirklichen Arbeits-Verdienstes gleich der vollen Erwerbsfähigkeit gesetzt wird, so dass also bei vollem Verlust derselben der Versicherte nur $^2/_3$ seines bisherigen Lohnes erhält. Diese Frage ist schwer zu beantworten, da der Arzt die Anforderung an das Sehvermögen in den einzelnen Betrieben nicht genau kennen kann, individuelle Verschiedenheiten vorkommen etc. Es gehen daher selbst bei dem einfachsten Vorkommniss, dass z. B. ein Auge erblindet, während das andere Auge volle Sehschärfe hat, die Ansichten der Aerzte über die erfolgte Schädigung noch auseinander. Auch die wirklich nachgewiesene Arbeitsfähigkeit kann nicht maassgebend sein, wenn wir erwägen, dass fast in allen Berufsklassen Einäugige mit voller Erwerbsfähigkeit thätig sind. So hat eine Zusammenstellung von Magnus ergeben, dass über $^3/_4$ der ausserhalb des Berufes einäugig gewordenen Arbeiter denselben Jahresverdienst haben wie der zweiäugige Arbeiter; am geringsten ist überhaupt der Unterschied in der Erwerbsfähigkeit zwischen beiden, wenn die Erblindung vor dem 15. Lebensjahre eintrat. Erfolgt nach dem 35. Lebensjahr der Verlust eines Auges, so leidet die Arbeitsfähigkeit in grösserem Umfange. Weitere Nachforschungen und Berechnungen von Magnus haben gezeigt, dass die durch Betriebsunfall einäugig Gewordenen im Durchschnitt einen um 14% geringeren Jahresverdienst haben als die Zweiäugigen; hierzu kommt noch die geringere Concurrenzfähigkeit, da manche Betriebe Einäugige principiell ausschliessen. Daraufhin nimmt Magnus bei Betrieben, die höhere optisch-erwerbliche Ansprüche

machen, im ersten Jahre einen Erwerbsverringerung von 30,9 % an, im zweiten von 21,1 %, bei solchen mit geringeren optischen Ansprüchen 27,3 % bez. 18,3 %. Früher wurde der zur Entschädigung kommende Verlust an Erwerbsfähigkeit bei Einäugigen gewöhnlich auf 33 $\frac{1}{3}$ % angenommen. Es beruht dies auf einer Formel von Zehender $\left(\frac{2a + 0}{3}\right.$; wo a die Sehschärfe des erhaltenen Auges bezeichnet), welche die bestehende Erwerbsfähigkeit ausdrücken soll: jedoch kommt man mit mathematischen Formeln hier nicht weit! Jetzt ist auch vom Reichsversicherungsamte ein geringerer Procentsatz festgesetzt worden: bei gewöhnlichen Arbeitern etwa 25 %. Nach individuellen Verhältnissen (wobei auch besonders das Lebensalter in Betracht zu ziehen ist), kann man die Verringerung etwa zwischen 20 % bis 30 % schwanken lassen. Dabei ist nicht nöthig, dass das erhaltene Auge S=1 hat; für gewöhnliche Tagelöhner kann die Arbeit schon mit S $\frac{1}{2}$ geleistet werden; für Berufe mit höheren Sehansprüchen hält Magnus S $\frac{3}{4}$, Groenouw S $\frac{2}{3}$ erforderlich. Es würde demnach bei Verletzungen, die eine Herabsetzung der Sehschärfe bedingen, welche diese Grenzen nicht überschreitet, auch keine Verringerung der Erwerbsfähigkeit anzunehmen sein. Volle Erwerbsunfähigkeit bei gewöhnlichen Arbeitern, soweit dabei der Verlust des Sehvermögens eine Rolle spielt, würde ich erst dann annehmen, wenn die Sehschärfe etwa unter $\frac{1}{20}$ bis $\frac{1}{30}$ sänke, da ich nicht selten Individuen gefunden habe, die noch viele Dienstleistungen der Tagelöhner und Knechte mit dieser Sehschärfe ausführten.

Die durch Verlust eines Auges bewirkte Sehstörung wird sich im Anfange bemerklicher machen als später, wenn eine gewisse Gewöhnung und Einübung eingetreten ist.

Der Hauptschaden des einäugigen Sehens beruht nämlich in dem Verluste des Körperlichsehens; später bildet sich wieder ein gewisses Körperlichsehen heraus, wie man dies, abgesehen von den Beobachtungen der Arbeiter, selbst auch direct constatiren kann, wenn man Distance-Schätzungen vornehmen lässt, indem man auf einem Lineal zwei Stäbchen (dicke Nadeln mit Knöpfen) in verschiedener Entfernung aufstellt und nun sagen lässt, welches Stäbchen näher oder ferner steht (Pfalz hat hierzu ein kleines Instrument angegeben). Durch leichte Kopfbewegungen, Convergenz- oder Accommodations-Aenderungen kann auch der Einäugige allmählich ein für die Arbeiten in der Regel ausreichendes Körperlichsehen erlangen, wenn es auch nie die Vollkommenheit des binocularen Sehens erreicht. Ausserdem ist die Verkleinerung des Gesichtsfeldes bei manchen Arbeiten, besonders bei gefährlichen Betrieben (bei Maschinen), als störend in Betracht zu ziehen: auch

hier kann eine allmählich erlernte Kopfdrehung aushelfen. Dessenungeachtet halte ich es jedoch nicht für praktisch, im ersten Jahre eine höhere Rente zu geben und diese dann vom zweiten Jahre ab, wie Magnus vorschlägt, herabzusetzen. Einmal pflegt es gar nicht ein Jahr zu dauern, bis diese Gewöhnung eingetreten ist, und dann wird sich bei einer erneuten Untersuchung kaum eine Besserung direct constatiren lassen, da wir hierbei auf die subjectiven Angaben der Verletzten angewiesen sind und letztere natürlich mit einer Herabsetzung der Rente nicht einverstanden sein werden. Zu einer Herabsetzung der Rente ist aber erforderlich der directe Nachweis einer wesentlichen Veränderung in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maassgebend gewesen sind. Es erregt ein solches Vorgehen mehr Unzufriedenheit, als wenn wirklich der Procentsatz für die ersten Monate nach der Verletzung etwas geringer angenommen ist. Ausserdem bleibt doch immer zu bedenken, dass diese Schätzungen nie den reellen Verhältnissen entsprechen können und in der Regel diesen gegenüber zu hoch sind. —

Sehr häufig wird in Folge von Verletzungen die Linse getrübt und später das Auge aphakisch. Trotzdem mit entsprechenden Stargläsern eine gute Sehschärfe erreicht wird, pflegt hier fast stets das Körperlichsehen zu leiden; meist sogar geht das Auge bald etwas in Schielstellung. Nur wenige Individuen, und zwar nur, wenn sie in jugendlichem Alter stehen und die erforderliche Starbrille tragen, kommen zu einem einigermaassen befriedigenden Körperlichsehen. Dieser Verlust ist bei Schätzung der Erwerbsfähigkeit in Rechnung zu ziehen. Gegenüber dem Einäugigen wird jedoch die Erwerbsfähigkeit eine höhere bleiben, da das Gesichtsfeld nicht verkleinert ist und auch die Concurrenzfähigkeit im Erwerbe nicht in so hohem Maasse verringert ist: ich pflege den Verlust auf circa 15 % zu schätzen. Ebenso ist bei den durch Verletzungen eintretenden einfachen Herabsetzungen des Sehvermögens ein besonderes Gewicht auf das Körperlichsehen zu legen und stets eine Prüfung desselben vorzunehmen: im Allgemeinen findet sich, dass das Körperlichsehen — ausser bei stärkeren Sehschwächen — hier (im Gegensatz zu den aphakisch gewordenen Verletzten) wenig leidet.

Ferner würden auch etwaige Gesichtsfelddefecte zu berücksichtigen sein: so nehmen beispielsweise bei concentrischer Verengerung beider Gesichtsfelder bis zum 30° und sonstiger guter Sehschärfe Magnus 45 %, Groenouw 50 % Erwerbsverringerung an. Ist das Gesichtsfeld noch weiter eingeschränkt, so schätzt bei einem Gesichtsfeld von nur 10° Schröter die Verringerung der Erwerbsfähigkeit auf mindestens 75 %. —

Ist bei Lähmungen Doppeltsehen in allen Richtungen vorhanden,

Farbendrucktafeln.

Figur 1. Normaler Augenhintergrund mit Macula lutea. Die Papilla optica ist von einem Scleral- und Chorioidealring umgeben. Umgekehrtes Bild.

Figur 2. Normaler Augenhintergrund von einem etwas dunkler pigmentirten Individuum. Physiologische Excavation der Papille. Im unteren Theil der Abbildung treten die Intervascularräume stärker hervor.

Figur 3. Doppelcontourirte Nervenfasern neben der Papille.

Figur 4. Colobom der Chorioidea.

Figur 5. Atrophia n. optici.

Figur 6. Netzhautablösung mit Faltenbildung.

Figur 7. Glaukomatöse Excavation der Papille.

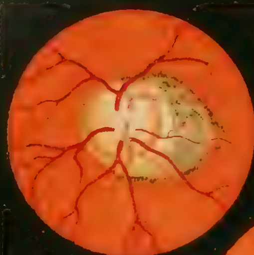
Figur 8. Retinitis albuminurica mit den charakteristischen Stippchen in der Gegend der Macula lutea.

Figur 9. Staphyloma posticum. Die Farbendifferenz zwischen dem Theil der Sichel, welcher der Papille näher sitzt, und dem ferner gelegenen deutet an, dass der Process absatzweise fortgeschritten ist.

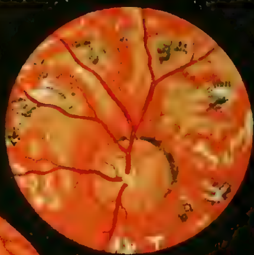
Figur 10. Chorioiditis. Der nach oben und links laufende Venenast wird zum Theil durch in die Netzhaut geschwemmtes Pigment gedeckt (Chorio-Retinitis).

Figur 11. Retinitis apoplectica.

Figur 12. Papillitis bei Hirntumor.



9.



10.

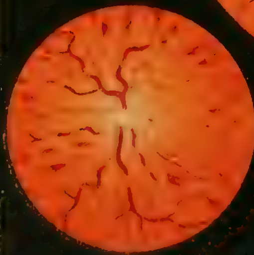
7.





8.

11.



12.



Uterus und Kind

von der ersten Woche der Schwangerschaft bis zum Beginn der Geburt und der Aufbau der Placenta.

Geburtshülflich-anatomischer Atlas

30 Tafeln enthaltend,

mit erläuterndem Text und 5 Texttafeln.

Herausgegeben

von

Professor Dr. G. Leopold

Geheimen Medicinalrath, Director der kgl. Frauenklinik und ordentlichem Mitglied des kgl. Landes-Medicinal-Collegium in Dresden.

Preis für Atlas mit Text 120 Mark.

OPERATIONES TOKOLOGICAE

TABULAE XXX

IN USUM

STUDIOSORUM MEDICINAE

QUI IN OPERATIONIBUS PERPETRANDIS PHANTOMATE ADHIBITO EXERCENTUR

EDITAE

A

PAULO ZWEIFEL

ARTIS OBSTETRICIAE ET GYNAEKOLOGIAE PROFESSORE PUBLICO ORDINARIO LIPSIENSI.

Preis 36 Mark.

SCHMIDT'S JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

Herausgegeben von

P. J. Möbius und H. Dippe

in Leipzig.

68. Jahrgang.

gr. Quart. 12 Hefte ca. 180 Druckbogen. Preis 36 Mark.

Inhalt der einzelnen Hefte:

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

B. Auszüge.

Medicinische Physik, Chemie und Botanik.
Anatomie und Physiologie.
Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.
Pharmakologie und Toxikologie.
Neuropathologie und Psychiatrie.
Innere Medicin.
Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.
Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.
Hygiene und Staatsarzneikunde.
Medicin im Allgemeinen.

C. Bücheranzeigen.

D. Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes. Sach- und Namensregister.

Nie war es schwieriger für den Arzt, der Entwickelung seiner Wissenschaft zu folgen, als jetzt. Unübersehbar gross ist die Literatur und, was Goethe voraussah, haben wir thatsächlich für die Medicin: eine Weltliteratur, denn in allen gebildeten Völkern wird auf gleicher Grundlage gearbeitet und keine Sprachgrenzen trennen die Arbeiter. Der Einzelne steht dieser Fülle hülflos gegenüber und ist in Gefahr, entweder dem wissenschaftlichen Leben und Wachsen ganz fremd zu werden, oder doch sich in einem engen Kreise, irgend einem Sonderfache eingeschlossen zu sehen. Dieser Gefahr beugen unsere Jahrbücher vor, denn „Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen

gesammten Medicin" enthalten ein so vollständiges Bild der medicinischen Literatur, wie es nirgends sonst zu finden ist. Sie bringen so rasch und so ausführlich wie möglich Nachricht von allen wichtigen Fortschritten und suchen in erster Linie den Bedürfnissen des Arztes zu entsprechen, indem sie das praktisch Wichtige voranstellen. Besonders geschätzt sind seit lange die regelmässig wiederkehrenden Uebersichten über hervorragend wichtige und „actuelle" Themata. Die Bibliographie der Jahrbücher, welche von keiner anderen an Vollständigkeit und Uebersichtlichkeit erreicht wird, ist auch durch ihre „Verweise" ausserordentlich praktisch, so dass der wissenschaftliche Arbeiter rasch die gesuchten Nachweise finden kann.

Die Jahrbücher werden in Zukunft bestrebt sein, ihre alten Vorzüge zu bewahren und neue zu gewinnen. Insbesondere ist beabsichtigt, durch kurze, regelmässig wiederkehrende Aufsätze aus der Feder hervorragender Gelehrter die Uebersicht über alle praktischen Fächer zu erleichtern. So soll über jedes Hauptgebiet der Medicin auf die einzelnen Hefte vertheilt jährlich je ein Bericht erscheinen, der einen Ueberblick über die Fortschritte, die neuen Ergebnisse und die wichtigsten Erscheinungen des vergangenen Jahres bietet.

Die Bearbeitung derartiger Uebersichten zu übernehmen haben sich zunächst bereit erklärt die Herren:

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **H. Fritsch** (Bonn): Gynäkologie u. Geburtshülfe,
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **H. Helferich** (Kiel): Chirurgie,
Geh.-Rath Prof. Dr. **O. Heubner** (Berlin): Kinderkrankheiten,
Prof. Dr. **G. Riehl** (Leipzig): Haut- und Geschlechtskrankheiten,
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler** (Halle): Augenheilkunde,
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **H. Senator** (Berlin): Innere Krankheiten,
Prof. Dr. **W. Spalteholz** (Leipzig): Anatomie,
Prof. Dr. **R. Tigerstedt** (Helsingfors): Physiologie.

Auch sollen noch mehr als bisher eigentliche Originalarbeiten, soweit diese auf allgemeine ärztliche Theilnahme rechnen können, gebracht werden. Auf diese Weise hoffen wir, zu den alten Freunden neue hinzu erwerben zu können und den seit beinahe siebzig Jahren bewährten Ruf der Jahrbücher im In- und Auslande zu bewahren.

Die Herausgeber
P. J. Möbius. H. Dippe.

Der Verleger
S. Hirzel.